

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS da
COHAB, Dom Pedrito/RS**

LisbetAbadHinojosa

Pelotas, 2015

LisbetAbadHinojosa

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS da
COHAB, Dom Pedrito/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Luíla Bittencourt Marques

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

H663m Hinosa, Lisbet Abad

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e Diabetes na UBS da Cohab, Dom Pedrito/RS / Lisbet Abad Hinosa; Luíla Bittencourt Marques, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

95 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Marques, Luíla Bittencourt, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Para toda a família em CUBA, especialmente,
minhas filhas que são minha razão de ser.

Agradecimentos

Especialmente minha orientadora Luíla Bittencourt Marques, pela ajuda incondicional deste trabalho.

Minha equipe de saúde que juntas foram uma fortaleza para realização do trabalho.

Minha Irmã de coração Maria Ysabelfrómetacolumbiet exemplo de amor e dedicação como pessoa e médica.

Nossos usuários, as lideranças das comunidades e os gestores.

Resumo

HINOJOSA, Lisbet Abad. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na UBS da COHAB, Dom Pedrito/RS**. 2015. 93f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são doenças crônicas responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2006). Além disso, são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares e são considerados potencialmente controláveis com adoção de medidas preventivas, constituindo de vital importância um acompanhamento sistemático, adequado dos usuários portadores destas doenças crônicas, a fim de prevenir complicações que podem repercutir de forma negativa na qualidade de vida destes usuários. A intervenção em nossa unidade básica de saúde (UBS) teve como objetivo geral melhorar atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS da COHAB no município de Dom Pedrito/RS, através da realização de um conjunto de ações e de atividades coletivas de promoção da saúde nos usuários da população alvo realizada no período de março a maio de 2015, com objetivos específicos de ampliar os indicadores da cobertura e os indicadores de qualidade dos programas como melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos na UBS; melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa na UBS; melhorar o registro das informações; mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos na UBS com o desenvolvimento de ações de promoção à saúde. Estimamos na área adstrita da UBS uma totalidade de 391 hipertensos e 103 diabéticos, destes 356 (91%) hipertensos e os 103 (100%) diabéticos foram cadastrados, realizando ações durante a intervenção nos quatro eixos correspondentes, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, prática clínica e engajamento público. A intervenção em minha unidade básica de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos na comunidade e a melhoria das qualidades da atenção destes usuários hipertensos e diabéticos, tendo como resultado final impacto na comunidade, com sucesso, visto que obtivemos resultados positivos no trabalho. Os usuários hipertensos e diabéticos ficaram satisfeitos com a participação do projeto com a prioridade nos atendimentos ofertando na UBS, a continuidade e a sistematização das ações já fazem parte da rotina do serviço.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS COHAB, Dom Pedrito/RS.	73
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS COHAB, Dom Pedrito/RS.	73
Figura 3	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. UBS COHAB, Dom Pedrito/RS.	76
Figura 4	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. UBS COHAB, Dom Pedrito/RS.	76

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Análise Situacional
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS PRENATAL	Sistema de Informação do pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	Erro! Indicador não definido.
1 Análise Situacional	Erro! Indicador não definido.
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	Erro! Indicador não definido.
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	27
2 Análise Estratégica	28
2.1 Justificativa	28
2.2 Objetivos e metas	Erro! Indicador não definido.
2.2.1 Objetivo geral	3Erro! Indicador não definido.
2.2.2 Objetivos específicos e metas	3Erro! Indicador não definido.
2.3 Metodologia	33
2.3.1 Detalhamento das ações	33
2.3.2 Indicadores	54
2.3.3 Logística	6Erro! Indicador não definido.
2.3.4 Cronograma.....	64
3 Relatório da Intervenção.....	Erro! Indicador não definido.
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	67
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	Erro! Indicador não definido.
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	70
4 Avaliação da intervenção.....	72
4.1 Resultados.....	72
4.2 Discussão	79
5 Relatório da intervenção para gestores	82
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	87
Referências	89
Anexos	90

Apresentação

O volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e DM da UBS da COHAB no município de Dom Pedrito/RS. O trabalho está organizado em cinco unidades seqüenciais e interligadas. A primeira unidade é a análise situacional, parte fundamental para formular as diretrizes do TCC. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas. A quarta seção compreende a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, relatório da intervenção para os gestores e comunidade, respectivamente. A quinta parte consta a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS da COHAB, esta localizada em uma comunidade do município Dom Pedrito/RS, com uma população a maioria de baixo nível cultural, com mínimo, ou poucos recursos econômicos, apresentando múltiplos problemas de saúde.

Na comunidade tem pouca estabilidade da população, pois muitas pessoas emigram para diversos sítios em buscas de melhoras econômicas.

Nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) está composta por uma médica geral, uma enfermeira recentemente incorporada à equipe, uma auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários, esta equipe é responsável pela comunidade da COHAB, então eu acredito que agora a satisfação das famílias é melhor, pois a qualidade da assistência médica é mais completa, e o atendimento é realizado com ótima qualidade. Não possuímos odontólogo por falta de disponibilidade de pessoal por parte da secretaria de saúde.

A estrutura física da unidade de saúde é pequena, um local adaptado que não possui todos os serviços necessários para um excelente funcionamento. Contamos hoje com uma sala de atendimento médico, uma sala de triagem onde realizamos testes de glicemia e uma sala para marcações e agendamentos, a qual serve para espera do público aos atendimentos.

Nossa equipe mantém uma boa relação com a comunidade, muito importante para fazer um adequado acolhimento e funcionamento do posto, dos serviços prestados ao público. Realizamos consultas, realiza visitas domiciliares à usuários acamados, com dificuldade de locomoção, com deficiências e atendimentos de urgências quando precisarem, fazemos palestras educativas para toda a população e os grupos de riscos, gestantes, idosos, hipertensos e diabético.

Nas vistas realizadas pelos ACS eles orientam, classificam e encaminham para a Unidade Básica os casos que precisarem dos atendimentos, e são de muita ajuda para a realização do trabalho e bom funcionamento da UBS.

Precisamos na UBS de uma boa estrutura, sala de vacinas, farmácia, das salas que faltam para poder ofertar um bom atendimento de qualidade à população. Além disso, de serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mais disponibilidades de exames complementares à unidade, de atendimento de outras

especialidades no município, assim melhora a transportation a outras cidades em busca de atendimentos.

As famílias tem conhecimento de seu direito de ter acesso à atenção primária adequada em seu próprio território. Como forma de organização do trabalho as consultas são agendadas, mas as situações de urgência ou emergência tem prioridade de ser atendidas. Em caso que o usuário requer atenção especializada, o usuário é orientado, e encaminhado pela unidade saúde, mas nem sempre o sistema de saúde público conta com especialista requerido, por tanto os serviços oferecidos não satisfaz todas as necessidades da população.

Com a implantação da UBS na comunidade o município esta melhorando a redução do número de atendimentos no pronto socorro e outras unidades de saúde, descentralizando os serviços de saúde, estamos melhorando com as ações de promoção e prevenção a qualidades de vida, incorporando modos e estilos de vida saudável na população da comunidade.

Para nossa equipe a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o ponto de entrada e de fácil acesso ao usuário, tendo em conta esse conceito a equipe é acessível para os usuários no tempo de trabalho determinado pelo Ministério da Saúde, sendo responsáveis todos os membros da equipe pelos problemas de saúde trazidos pelos usuários, sem ter em conta a raça, gênero, religião, situação econômica ou social da pessoa, é agora que está reorganizando a estrutura da equipe, conhecendo a realidade das famílias e os problemas de saúde da população, ainda tem que fortalecer os princípios da Atenção Primária de Saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho no estado Rio Grande do Sul, no município Dom Pedrito, que conta com uma população de 38.916 habitantes, existindo 5 UBS, 3 com ESF e 2 UBS tradicionais, cada uma delas atende diferentes comunidades e são independentes, os nomes das mesmas são comunidade de São Gregório, Comunidade Promorar, Comunidade da COHAB, elas são ESF, as comunidades Vila Roe e a Torquato Severo são UBS tradicionais. Além disso, contamos com uma secretaria de saúde; um Hospital (Santa Casa), um Pronto Socorro, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), com convênio SUS e disponibilidade de atenção especializada, pediatria,

ginecologista, cardiologista e clínicos gerais, disponibilidade de exames complementares através de laboratório Tomasi, mas não existe no território Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro Especializado em Odontologia (CEO), também não existem alguns atendimentos especializados por outras especialidades, encaminhando a outros municípios para seus atendimentos.

A comunidade da COHAB é uma UBS tipo 1 (ESF) ela deriva-se da UBS centro, que fica na secretaria de saúde do município, foi uma unidade adaptada para funcionar como UBS, tem convênio com o SUS, é pequena, não possui uma estrutura física ideal, somente presentes no posto de saúde 01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem, 01 consultório odontológico, 01 sala de espera, 01 sala de recepção, 01 sala de procedimentos, 01 banheiro, a mesma pertencente a uma população urbana formada por um equipe de saúde da família, composto por uma médica clínica geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde. A equipe ainda não está completa, faltam profissionais e contamos com algumas áreas descoberta pela reestruturação na população e a falta de mais agentes comunitários.

Outro aspecto importante são as barreiras arquitetônicas, pois nossa unidade de saúde não é adequada para o acesso de pessoas portadoras de deficiência, não possui tapetes nas salas de espera, existem degraus nos acessos que dificultam o ingresso na UBS, não existem rampas alternativas para garantir o acesso de pessoas, as calçadas permitem o deslocamento inseguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos, não existem corrimãos nas escadas, rampas ou corredores, para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida, as portas do banheiro não permitem o acesso de usuário de cadeiras de rodas, não possuem espaço suficiente para manobras de aproximação de usuários de cadeiras de rodas e também não existem cadeiras de rodas a disposição de usuários com estas necessidades e estas barreiras impede o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente.

Também temos como dificuldades às instalações sanitárias que deveriam estar posicionadas em lugares acessíveis, próximos à circulação e estar sinalizadas devidamente, deficiências que atrapalham o desenvolvimento do trabalho na UBS. Problema que será resolvido com a construção em 2015 de um projeto arquitetônico para reformar do posto de saúde, onde já estão envolvidos presidente e participantes da comunidade da COHAB, Governo e da Secretaria Municipal e isso

acontecendo em consonância com o Programa Mais Médico, obviamente que esses aspectos que envolvem a infra-estrutura ficam mais perceptíveis, o que faz com que a gestão se sinta na obrigação de propor melhorias e fazer com que elas sejam realizadas.

O acolhimento é realizado em todos os dias de atendimento da UBS, pela manhã e a tarde, e todos os usuário são escutados, analisados, seguem as necessidades, aos quais se realizam uma avaliação, classificação do risco biológico, se têm alguma vulnerabilidade social, depois de ser atendidos realiza-se um adequado encaminhamento se precisarem dependendo da especialidade requerida para eles.

Em minha UBS a enfermeira faz consultas quando os usuários solicitam consultas por problemas de saúde agudos e que precisam ser atendidos no dia e quando estão com problemas de saúde agudos que precisam de atendimentos imediatos, prioritários, de igual maneira não existindo excesso de demandas para estas consultas, também os usuários solicitam consultas para o médico quando estão com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia, e também quando precisam de atendimentos imediatos e prioritários, não existindo excessos de demandas para população de usuários residentes da área de cobertura da UBS e sim existindo dias com excessos de demandas da população das áreas fora da cobertura da UBS, isso se deve à falta de profissionais nos territórios perto da unidade de saúde, o que faz que as pessoas procurem a unidade mais perto de seu endereço, sobrecarregando muitas vezes o trabalho dos profissionais da UBS, neste caso a equipe orienta ao usuário depois de ser feito uma boa avaliação sobre suas necessidades, orientando ao usuário em dependência de sua situação se deve retornar no outro dia, procurar outros serviços, o médico de sua unidade básica de saúde, serviços de pronto atendimento, serviços de pronto socorro, outro encaminhamento, etc.

Os atendimentos das demandas espontâneas na COHAB, são atendidos quando a médica termina as consultas de agendamento que estão programadas, é em caso de uma urgência, o atendimento é realizado imediato.

Nossa equipe tem em conta sempre utilização de protocolos para referência do usuário a outros níveis do sistema de saúde; nem sempre temos retorno para nosso do plano terapêutico para fazer o acompanhamento do tratamento do usuário (contra referências) pelas outras especialidades, deficiência encontrada no

município, pois existindo uma retroalimentação entre os médicos das especialidades onde encaminhamos ao usuário, através do sistema de referências e contra referências, ambos profissionais ficam satisfeitos e com a informação adequada para ter um bom seguimento da doença o do diagnostico do usuário.

Realizamos atendimentos de puericultura, para grupos etários de zero a 72 meses, esse atendimento é realizado em quatro dias da semana e acontece em todos os turnos, manhã e tarde e não existem crianças fora da área de cobertura que realizem puericultura na mesma, atendimento que é realizado pelo enfermeiro e a médico clínico geral, participa também o técnico de enfermagem, as crianças após consulta saem da UBS com a próxima consulta programada agendada.

Além das consultas programadas de puericultura, existem demandas de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos e as áreas de residência são mistas, da área de cobertura na UBS e fora da área de cobertura na UBS, existindo ofertas de atendimentos para este tipo de problema de saúde agudo, mas não existe excesso deste tipo de demanda, trabalhando com protocolos de atendimentos de puericultura, protocolo pelo Ministério da saúde, desenvolvidas ações no cuidados às crianças na puericultura na UBS, como: Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, imunizações, prevenção da anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno exclusivo, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, promoção de saúde mental, teste de pezinho, orientações para prevenção de acidentes, etc., atividades que são realizadas no âmbito da UBS, na associação de bairros e outros espaços comunitários, como nas visitas domiciliares, utilizamos também protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde, como: Encaminhamentos para atendimento nas especialidades, encaminhamentos para serviços de pronto atendimento e encaminhamentos para atendimentos em pronto-socorro sendo registrados na UBS os atendimentos nos prontuários clínicos, formulários especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico e caderneta da criança, os quais são guardados o arquivo específico destinado para este tipo de atendimento, arquivo que é revisado periodicamente com frequência mensal, para verificar crianças faltosas, identificar procedimentos em atrasos (peso ou vacinas), identificar crianças de risco, e avaliar a qualidade do programa.

Sempre que temos atendimentos da puericultura solicitamos a caderneta das crianças nos atendimentos e preenchemos as informações atuais da criança, e durante a consulta conversamos com o responsável pela criança sobre temas como alimentação, explicamos o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, data da próxima vacina, desenvolvimento neuropsicomotor e a responsabilidade de ambos os pais no desenvolvimento da criança, pois muitas mães não incluem os pais nesses temas.

Existe, também, o programa BOLSA FAMÍLIA do ministério da saúde, que os agentes comunitários são os responsáveis pelo cadastramento das crianças no programa e o responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde é o enfermeiro, fazemos na UBS o planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura, assim como avaliação e monitoramento do programa, as reuniões são com frequência mensal, ainda existem muitas dificuldades na UBS, pois só tenho pouco tempo do trabalho na COHAB, e estamos no processo de reorganização, por isso, dos 31 menores de um ano que tem a COHAB, só 13 são acompanhados na UBS, os demais, algum os são acompanhados por pediatra, outros não fazem a consulta, só levam na consulta quando tem um problema agudo de saúde, outros não vêem a importância da consulta nas orientações para as crianças, isso também se deve que a equipe de trabalho não estava completa até faz pouco tempo, e não existia um bom funcionamento da UBS. Segundo os dados disponíveis no caderno de ações programáticas do curso, a avaliação da cobertura de saúde da criança é baixa, é de 28 %, ou seja, apenas 13 crianças, menores de um ano, que fazem acompanhamento na UBS, mas os indicadores de qualidades para essas 13 crianças estão bem, só avaliação de saúde bucal é de um 15 % pela deficiência neste campo na UBS. Uma captação precoce de recém-nascido, e um bom acompanhamento na UBS ajuda a redução do índice da mortalidade neonatal. Da mesma maneira que temos que trabalhar muito para alcançar melhores resultados de trabalho na UBS, pois uma vez reorganizados o processo deve avançar e podemos oferecer as crianças maiores ofertas de atendimentos em saúde, muitos aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção. A saber: melhorar as condições da estrutura física da UBS; completar a equipe com os profissionais que faltam como: odontólogo; educar a população, sobre aspecto importante, e incluir os pais nesse processo.

O pré-natal realiza-se um só dia da semana e acontece em todos os turnos do trabalho, o dia específico é quarta-feira e ocorre em todos os turnos, pois existe gestantes que trabalham algumas na manhã e outras a tarde, assim elas podem assistir no horário de preferência à unidade de saúde. Não tenho gestantes fora da área de cobertura de minha UBS, os profissionais que realizamos o pré-natal, a enfermeira e eu. O primeiro contato da gestante na unidade de saúde é com a enfermeira que realiza os testes correspondentes, indicações de análises, preenchimento do cartão pré-natal, revisão da carteirinha de vacinação, tudo o que leva uma captação da gestação. A gestante sai da UBS com a próxima consulta programada e agendada, para depois ser avaliada pelo médico na próxima consulta, é aqui o momento mais importante da gestação, fazer diagnóstico do risco, doença ou alguma situação que comprometa a saúde da gestante, pois só no posto da comunidade tratamos as gestantes de baixo risco sistematicamente e por protocolos do ministério da saúde, fazemos o acompanhamento da gestante de alto risco com menos frequência, elas ficam com atendimentos com um médico especialista obstetra no posto central, pois são encaminhadas de imediato à consulta especializada com obstetra ao determinar seu risco, ou doença para seja avaliada e tratada a tempo, assim evitamos óbito materno-infantil, reduzindo os índices de mortalidade materna e neonatal.

Na UBS COHAB, existe oferta de atendimentos para gestantes com problemas de saúde agudo, mais não existem excessos de demandas das gestantes para esse tipo de problema, os atendimentos de pré-natal são realizados pelo protocolo do ministério da saúde, e são utilizados protocolos para o encaminhamento das gestantes a outros níveis do sistema de saúde, como: Encaminhamento para atendimento nas especialidades; Encaminhamento para atendimentos em pronto socorro; Encaminhamento para serviços de pronto atendimento.

Na COHAB existe um total de 26 gestantes. Destas, só são atendidas e acompanhadas na unidade 11, pois as outras, algumas são de alto risco, temos conhecimentos delas, por haver uma boa retroalimentação com departamento de saúde da mulher, do posto central na secretaria, e outras por realizarem o pré-natal com médicos particulares. Na unidade de saúde realizamos ações em saúde no cuidado às gestantes como, diagnósticos e tratamento de problemas clínicos em geral, planejamento familiar, ações de promoção do aleitamento materno, de hábitos

alimentares saudáveis, de atividades física, de saúde bucal, de saúde mental, nas consultas falamos sobre os riscos do tabagismo, do álcool, das drogas na gravidez, sobre anticoncepção no pós-parto, consulta para revisão puerperal até 7 dias depois do parto, também entre 30 e 42 dias depois, administração de suplemento ferroso e ácido fólico pós-parto, cuidados do recém nascido, etc.

Na primeira consulta são encaminhadas ao atendimento odontológico, e têm prioridade na atenção quando o dentista vai à comunidade, consulta essa muito importante, pois os problemas bucais mais comuns durante o período gestacional são a cárie dentária, a erosão no esmalte dentário, a mobilidade dentária, a gengivite e a periodontite. Por isso, toda mulher grávida deve ser avaliada quanto aos hábitos de higiene bucal, ao acesso à água fluoretada e às doenças da boca, são registrados seus atendimentos e guardados em um arquivo específico o que facilita sua busca, a revisão do mesmo se realiza semanal, e a finalidade é verificar faltosas, verificar também se os registros estão completos, às vezes alguns registros podem ser esquecidos, identificar ou ficar atentos à data provável de parto.

No posto sempre solicitamos a carteira ou cartão de pré-natal nos atendimentos e eu falo para elas a importância de levar sempre a carteira onde quer que elas viajem, documento bem importante ante qualquer situação. No município existe o programa de SISPRENATAL do Ministério da Saúde, a enfermeira é responsável pelo cadastramento das gestantes no programa e do envio dos cadastros à secretaria municipal de saúde. Ter o conhecimento das condições das gestantes (biológica, psicológica e social), conhecer fatores de risco e uma avaliação integral na UBS, permite determinar doenças em tempo que possam alterar a evolução normal de sua gestação, situações que mais tarde poderiam provocar dificuldades no parto, depois do parto, no recém-nascido, entre outros, constitui, assim um instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil. Por tanto, uma captação precoce da gestante ajuda à redução do índice da mortalidade neonatal e materna, é por isso que toda a equipe deve ter conhecimento das mulheres em idade fértil, pois com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, evitamos das mortes por causas obstétricas e podemos oferecer orientações adequadas para o momento da gestação, como por exemplo, com as adolescentes, assim diminui o número de gestações não desejadas e de abortos provocados, etc.

Em nossa UBS temos uma cobertura de pré-natal de 19%, baixa, pois deve ser o 57,57% da população total. São 26 gestantes na COHAB, mas agora em consulta e com acompanhamento na unidade de saúde são 11 gestantes, as demais fazem seu acompanhamento no posto central com os obstetras, isso se deve ao fato que a equipe de trabalho não estava completa, até faz pouco tempo contamos com uma enfermeira no posto, e não existia um bom funcionamento da triagem na UBS, as indicadores de qualidade da atenção pré-natal avaliados, estão bem até hoje na unidade 11 mulheres tiveram sua consulta pré-natal.

Nos atendimentos orientamos às mulheres o uso de preservativos em todas as relações sexuais, e temos disponibilidades e ofertas dos mesmos na UBS, uma forma de diminuir chance de adquirir a infecção por papiloma vírus humano, herpes vírus, orientamos também sobre os malefícios do tabagismo, multiparidade, parceiro sexual de risco, precocidade na primeira relação sexual, alguns dos fatores de risco modificáveis na atenção básica primária.

São realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, através da coleta de exame citopatológico, que se realizam um dia na semana, segunda feira de tarde, para todas as mulheres da área de cobertura, a coleta de exame é realizada pelo médico e pelo enfermeiro na unidade de saúde, e o tipo de rastreamento do câncer do colo do útero utilizado é organizado, existindo protocolos para sua realização, o protocolo utilizado é pelo Ministério da Saúde, quando fazemos o exame, perguntamos e investigamos os fatores de risco para câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame e aproveitamos de realizar o exame clínico das mamas, investigamos também seus fatores de riscos em quanto ao câncer das mamas, como idade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, exposição à radiação ,terapia de reposição hormonal, obesidade, ingestão regular de álcool, sedentarismo, historia familiar, etc.

Os atendimentos são registrados o livro de registro, prontuário clínico, e formulário especial para citopatológico ,as mostras são levadas ao posto de saúde central na secretaria e encaminhadas para avaliação e os resultados são entregados à unidade de saúde, onde fazemos avaliação dos mesmos, tomando a conduta pertinentes dependendo de cada caso.

Temos 889 mulheres cadastradas na faixa etária (de 25-64 anos) atualmente, com uma cobertura de 84% menor que a estimada que é de 1055, mas

os agentes comunitários estão recadastrando a população novamente, e eu acredito que identificaremos a totalidade de mulheres e todos os dados necessário que não foram disponibilizados nos prontuários clínicos, no posto temos conhecimentos de 7 mulheres que tem câncer do colo do útero na comunidade, e 3 delas fazem acompanhamentos na UBS, as outras 4 fazem seu acompanhamentos com especialistas em outras cidades como Pelotas, Santa Maria, Bagé, Livramento, dentre outras.

Os indicadores de qualidades estão mal, porque as 889 mulheres tem orientação sobre as DTSS, prevenção de CA de útero, para um 100%, mas somente 7(1%) mulheres da totalidade temos conhecimentos de ter um exame citopatológico alterado, as estratégias tomadas pela UBS para melhorar os indicadores foram: avaliação pela equipe da população com o cadastro de todas as mulheres da sua área de abrangência, identificando as mulheres por faixa etária; aperfeiçoamento do rastreamento dos cânceres do colo do útero das mulheres na faixa etária; fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre o câncer do colo do útero para todas as mulheres, ressaltando que o câncer do colo do útero é previsível pela detecção e pelo tratamento das lesões precursoras que antecedem, em muitos anos, o câncer; acompanhar e tratar todas as mulheres positivas e que sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada; acesso à confirmação diagnóstica, garantindo o tratamento adequado da lesão precursora em tempo oportuno; tratamento adequado e em tempo oportuno.

O fundamental são ações de promoção e prevenção na comunidade e a educação da população em quanto aos fatores de risco e prevenção do câncer.

Na UBS também realizamos ações de saúde para evitar o câncer de mama, ações para o controle dos fatores de risco nas mulheres da área de cobertura, como controle do peso corporal, a prática regular da atividades física, malefícios do consumo excessivo de álcool, idade, menarca precoce, menopausa tardia, primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade, exposição à radiação, terapia de reposição hormonal, obesidade, ingestão regular de álcool, sedentarismo, historia familiar, reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, também realizamos ações de rastreamento do câncer de mama(exame clínico de mamas e ou solicitação de mamografias).

O rastreamento se realiza um dia da semana, segunda feira da tarde, mas também quando temos alguma queixa nas mulheres que consultam na COHAB no

outro horário, que tenha relação com aparição do câncer, fazemos exame clínico das mamas, rastreamento é realizado pelo enfermeiro e o médico, é rastreamento organizado e pelo protocolo do ministério de saúde, sempre investigando os fatores de risco para o câncer das mamas em todas as mulheres examinadas, existindo um arquivo comum onde guardamos resultados das mamografias e o resultados do exame citopatológico do colo do útero, que se revisa mensal, com a finalidade de verificar mulheres faltosas, acompanhar as mulheres com exame alterados, avaliar a qualidade do programa, o enfermeiro e eu participamos na avaliação, no planejamento, gestão e coordenação de controle de câncer de mama, as reuniões são realizadas mensal quando fazemos uma avaliação do todos os programas e desempenho do posto de saúde, os resultados das mamografias são entregados a nossos pelo posto de saúde central na secretaria do município, e em dependência de cada caso, assim será a conduta a tomar.

Na COHAB temos um total de 337 mulheres na COHAB na faixa etária de 50 a 64 anos com uma cobertura de 85%, delas 9 tem câncer das mamas, e três delas são acompanhadas pela equipe da unidade, e 6 são acompanhadas pelo especialista cirurgião-ginecologista, no município e fora do município, mas mantemos conhecimentos das mesmas, os indicadores de qualidade estão mal, ao igual que com os preventivos. As estratégias tomadas pela UBS para melhorar os indicadores foram: avaliação pela equipe da população com o cadastro de todas as mulheres da sua área de abrangência, identificando as mulheres por faixa etária; aperfeiçoamento do rastreamento dos cânceres das mamas das mulheres na faixa etária; fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre o câncer das mamas; acompanhar e tratar todas as mulheres positivas e que sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada; acesso à confirmação diagnóstica e garantir tratamento adequado e em tempo oportuno.

Para a maioria dos cânceres, quanto mais cedo, quanto mais precoce se diagnostica o câncer, mais chance essa doença tem de ser combatida.

Em quanto aos grupos prioritários como DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) que são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. Além disso, são importantes fatores de risco para as doenças

cardiovasculares e são considerados potencialmente controláveis com adoção de medidas preventivas.

Na UBS, COHAB, são realizadas ações de saúde, ações de promoção e prevenção de saúde, encaminhadas para melhorar a incidências destas doenças como: orientação de hábitos alimentares saudáveis para portadores de HAS e o DM da área de cobertura, ações para controle do peso corporal, são estimuladas ações para a prática regular da atividade física, orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e os malefícios do tabagismo, entre outras.

O atendimento de adultos portadores de HAS acontece todos os dias de manhã e de tarde, menos quarta-feira que somente são atendidas as gestantes e as demandas espontâneas, mas nenhum usuário fica sem atendimento, sem orientação na UBS, participamos do atendimento para HAS o enfermeiro, o médico clínico geral e o técnico auxiliar de enfermagem, após a consulta, o adulto sai da UBS com a próxima consulta programada, agendada.

Além das consultas programadas para acompanhamento da HAS, existem demandas de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos pela doença, mas são usuários da área de cobertura da UBS, que são atendidos e orientados por os usuários do posto de saúde, utilizando o protocolo de atendimento de adultos com HAS na UBS, protocolo pelo Ministério da Saúde, realizamos ações no cuidado aos portadores de HAS como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, obesidade, sedentarismo e do tabagismo, também utilizamos a classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de HAS e protocolos para regular o acesso dos adultos com HAS a outros níveis do sistema de saúde, como encaminhamento para atendimentos nas especialidades, encaminhamentos para os serviços de pronto atendimento e encaminhamentos para atendimento em pronto-socorro, os atendimentos dos adultos são registrados no prontuário clínico, no registro específico que levamos na UBS, mas não temos um arquivo específico para os registros destes atendimentos.

Quando o usuário consulta, é orientado para reconhecer sinais de complicações da doença e aproveitamos as visitas domiciliares para também educar a população sobre a identificação dos riscos e realização de ações de saúde saudável, fazemos no posto o planejamento, gestão, coordenação e avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS, além disso, terminado

o mês fazemos uma avaliação de todos os programas de saúde na UBS, tomando alternativas para melhorar os programas que não estão bem, o indicador da cobertura do programa de atenção ao hipertenso é de 391 (46%), é baixo, pois existem mais hipertensos na comunidade, que são atendidos por outros profissionais no município e fora do município (colegas brasileiros).

Para melhorar cobertura do programa, tomamos algumas alternativas, por exemplo os agentes comunitários estão batendo porta por porta das casas, falando as ações que realizamos no posto de saúde, é a importância de ter uma unidade de saúde na comunidade, divulgamos pela radio tudo quanto fazemos no posto, nossos nos apoiamos muito no presidente da comunidade da COHAB, e seus lideres, aproveitamos as visitas domiciliares para falar sobre as ações de promoção e prevenção de todas as doenças, mas ainda temos muito trabalho, este é somente o início da reorganização da unidade.

Quanto ao indicador de qualidade do programa considero que estão bem nos usuários hipertensos acompanhados pela UBS, somente 47 (12 %) dos 391 hipertensos foram avaliados pelos odontólogos, pois ainda não temos uma estabilidade do profissional na unidade.

A diabetes mellitus é uma doença também onde as equipes de atenção básica tem que prestar muita atenção, não apenas para os sintomas, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo, obesidade, entre outros), pois a abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para manutenção de sua qualidade de vida.

Na COHAB realizamos atendimentos de adultos portadores de DM, ele acontece quatro dias da semana em todos os turnos, mas não existe adultos fora da área de cobertura realizando atendimentos pela doença, após a consulta o adulto com DM sai da UBS com a próxima consulta programada, agendada e não existem na UBS demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a DM, como acontece com a HAS, utilizando os protocolos de atendimento para pessoas portadoras de DM na UBS pelo Ministério da Saúde os quais são utilizados pelos profissionais da unidade de saúde, nosso no posto realizamos ações para os cuidados dos adultos portadores de DM, como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas

de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, obesidade, sedentarismo e do tabagismo, entre outros, também utilizamos classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de DM e protocolos para regular o acesso dos adultos com DM a outros níveis do sistema de saúde como: encaminhamento para atendimentos nas especialidades, encaminhamentos para os serviços de pronto-atendimento e encaminhamentos para atendimento em pronto-socorro, igual que acontece com HAS e os atendimentos dos adultos são registrados no prontuário clínico, no registro específico que levamos na UBS, mas não temos um arquivo específico para os registros destes atendimentos.

No posto de saúde explicamos ao usuário como reconhecer sinais de complicações da DM, as atividades de grupo são realizadas no âmbito da UBS e em outros espaços comunitários, também aproveitamos as vistas domiciliares para a educação da população em quanto à prevenção da doença e suas complicações, a consulta de rastreamento para a população alvo é realizada pelo enfermeiro da UBS, encaminhando para minha consulta (o médico) em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos e tem como objetivo identificar quem tem alto risco para desenvolver a doença e assim iniciar cuidados preventivos, a fim de oferecer o tratamento mais precoce, também fazemos o planejamento, gestão, coordenação e a avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS, além disso, terminado o mês fazemos uma avaliação de todos os programas de saúde na UBS, tomando alternativas para melhorar os programas que não estão bem, o indicador da cobertura do programa de atenção é de 103 (42%), é baixo também, pois existem mais diabéticos na comunidade, que também são atendidos por outros profissionais no município e fora no município, colegas brasileiros, como ocorre com a HAS. Considero que o indicador de qualidade do programa está bem nos usuários diabéticos acompanhados pela UBS, somente 51 (50%) dos 103 diabéticos foram avaliados pelos odontólogos.

As estratégias tomadas pela UBS para melhorar os indicadores das doenças DM e HAS foram: avaliação pela equipe da população o cadastro de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência; aperfeiçoamento do rastreamento destas doenças, utilizando os protocolos adequados; Fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre HAS e DM; acompanhar e tratar todos os usuários hipertensos e diabéticos com uma equipe multidisciplinar especializada, por exemplo, se precisar do encaminhamento ao nutricionista, ao cardiologista, ao psicólogo, assim como

completar da equipe da unidade, ter uma estabilidade do profissional de odontologia na unidade; confirmado o diagnóstico (garantir o tratamento adequado e em tempo oportuno) e a prevenção de complicações; temos que trabalhar em base a identificação de seus fatores de riscos, seja DM o seja HAS; o fundamental são ações de promoção e prevenção na comunidade e a educação da população.

Ainda temos que trabalhar muito no posto de saúde para oferecer uma atenção com qualidade na população, que o usuário veja nosso posto como a principal porta de entrada à saúde e a mais perto de sua comunidade.

Outro grupo importante são os atendimentos de pessoas idosas, na UBS da COHAB realizamos esses tipos de atendimentos, nos dias em que isso ocorre são em quatro dias, ele acontece em todos os turnos, pela manhã e pela tarde, existindo idosos fora da área de cobertura que realizam atendimentos na UBS, após a consulta, o idoso sai da unidade com a próxima consulta programada agendada, e além das consultas programadas, existe demanda de idosos para atendimentos de problemas de saúde agudos, da área de cobertura da UBS e fora da área de cobertura da UBS, existindo oferta de atendimento para idosos com problemas de saúde agudos.

Não existe excesso de demandas para este tipo de atendimento, trabalhamos com a utilização dos protocolos de atendimentos para idosos pelo Ministério da Saúde, realizando ações desenvolvidas no cuidado aos idosos, como imunizações, promoção das atividades físicas, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnósticos e tratamento de problemas em saúde bucal, diagnóstico e tratamento de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo, prevenção da violência em pessoas idosas, cuidados domiciliar, entre outras.

Utilizamos também protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde como, encaminhamento para atendimentos nas especialidades, encaminhamento para internação hospitalar, encaminhamento para serviços de pronto atendimento e encaminhamento para atendimento em pronto socorro. No posto de saúde avaliamos a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame clínico, explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer

sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como HAS, DM e depressão.

Geralmente temos uma grande população de idosos com doenças crônicas na comunidade, o que faz que o fluxo do usuário seja uma dos maiores motivos de atendimentos na UBS e avaliação dos riscos de uma pessoa idosa, se determina desde que o usuário chega à consulta, independente se ele vai ou não vai com acompanhamento familiar, ou se vai sozinho porque tem ótimas condições para consultar sozinho. Nas consulta fazemos bom interrogatório do usuário, avaliação do exame físico completo, onde incluímos, avaliação da visão, através do cartão Jaeger, avaliação da audição, pode ser avaliada por meio do uso de algumas questões simples listadas a seguir ou pela utilização dos testes do sussurro, avaliação cognitiva, através do mini exame do estado mental (MEEM), orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, calculo, linguagem, repetição, compreensão, não dá um diagnóstico, mas serve para indicar que funções devem ser melhor investigadas no usuário, avaliação da depressão, se realizam através da escala de depressão geriátrica abreviada, avaliação de equilíbrio e marcha, avaliação das atividades básicas de vida diária (AVD), avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como dependentes ou independentes, índice de AVDs (Katz), e avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), através da escala de Lawton, avaliação funcional (MIF), avaliação da funcionalidade familiar, genograma ou árvore familiar, avaliação dos recursos familiares e comunitários (ecomapa), avaliação da sobrecarga dos cuidadores dos idosos, avaliação da presença de violência e maus tratos contra a pessoa idosa, ou seja se faz uma valoração integral, biológica, psicológica e social.

Utilizamos a caderneta de saúde da pessoa idosa na UBS, muitas pessoas deixam na sua casa, mas nós preenchemos no papel e ao retorno tem que trazer esse documento, onde atualizamos na próxima consulta, ela constitui uma ferramenta muito importante para avaliação do usuário idoso.

As vistas domiciliares são uns dos momentos mais importantes para a avaliação de um usuário idoso, pois é onde avaliamos seu ambiente de vida, alimentação, como são tratados, o cuidado e até se o usuário está satisfeito com a vida que leva até todo seu nível de insatisfação onde mora e é bem importante o uso da caderneta do idoso também nas vistas domiciliares, plasmando todos os

detalhes referente ao usuário, também no posto de saúde planejamos, coordenamos, fazemos avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos, as reuniões são mensais, onde fazemos relatórios e analisamos todos os programas da UBS, seu comportamento e onde temos que trabalhar mais, buscando alternativas para as melhorias e satisfação da população e seus atendimentos são registrados em prontuários clínicos, fichas de atendimentos odontológico, ficha – espelho de vacinas, mas não existe um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos.

A cobertura do programa de saúde do idoso na área foi de 497 (95%), adequada, os indicadores de qualidade estão bem, somente continua sendo avaliação de saúde bucal em dia o que maior problema encontrado, mais o usuário idoso tem prioridades na UBS para o atendimento odontológico.

Existem muitos aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos em sua UBS. Na comunidade e no município podemos tomar algumas alternativas como: cadastramento da população idosa na UBS; atendimento geriátrico e gerontológico na UBS no caso que não se tenha o especialista na UBS; Ter unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social; atendimento domiciliar, aumentar as visitas domiciliares, buscando alternativas para melhorias da população idosa, fatores de risco, e situações para sua melhoria; Manter a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa e pedir na secretaria da saúde que esse documento não falte nos postos de saúde, ou seja para a entrega em caso que o usuário não tenha; promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa, acompanhamento e avaliação dos usuários idosos nas UBS; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde em quanto os cuidados de esta população; contar com equipe multidisciplinar completa na UBS, seria o ideal, melhorariam todos os indicadores e ofertaríamos um excelente serviço a população.

A saúde bucal deve estar presente desde a gestação até os maiores de 60 anos o pessoas idosas, desenvolvendo ações de prevenção, e promoção neste campo da saúde em todas as etapas da vida, as ações educativas devem ser feitas

em conjunto com a equipe de saúde, principalmente em relação às ações propostas por ciclo de vida, condição de vida, e por fatores de risco comum para várias doenças com vista à melhoria da sua qualidade de vida, e sendo o tratamento a parte final, pois é mais importante a prevenção e promoção que o tratamento e procedimentos clínicos neste campo da saúde.

Nossa equipe frente aos usuários realiza ações de saúde orientações gerais comuns a muitas doenças como: orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, ações de estímulos à prática regular da atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, orientações sobre a prevenção à exposição ao sol sem proteção, evitar Imunodepressão e stress, etc, assim como orientações específicas da saúde bucal, estímulo ao fluxo saliva, orientação para auto-exame da boca, orientação para evitar traumatismos dentários, e caso de ter algum traumatismo orientamos sobre os cuidados imediatos dos mesmos.

Conhecer e atuar sobre os fatores de risco, principalmente sobre os fatores culturais e socioeconômicos, é umas das principais ações que devemos realizar no posto de saúde, nas vistas domiciliares, em cada espaço comunitário onde estivemos trabalhando abordando também a prevenção das principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem, a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental, sempre tomando os cuidados para evitar a fluorose, é aqui a parte fundamental que depende especificamente do indivíduo e não especificamente da equipe, pois a equipe pode dar as indicações, mais quem faz os cuidados são os usuários de forma muito individual e a consciência das pessoas sobre sua saúde.

Este atendimento no consultório odontológico é programado pela a Secretaria de Saúde do município, uma vez por mês, gerenciado por cirurgiões-dentistas, o resto das situações referentes ao departamento, como os que precisam de atendimentos ao dia, atendimento de urgência, imediato, prioritário, o pessoal têm conhecimento que deve ir à unidade central de saúde, que como eu falei fica na secretaria do município, então os dias que o profissional de odontologia vai atender na UBS são informados ao posto e nossos informamos à população com antecipação e a demanda da população na comunidade é muito grande e o dia do atendimentos não dá para atender todos os usuários, pois damos prioridades a grupos específicos como gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos, cardiopatas,

idosos, pessoas com necessidades especiais como paralisia cerebral, síndrome de down, deficiência mental, etc.

De forma geral minha avaliação sobre a saúde bucal na UBS é de mal, pois todos os parâmetros medidos têm serias dificuldades e não cumprem com os parâmetros considerados pelo ministério da saúde, com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Os maiores desafios em minha comunidade é enfrentar o trabalho com uma equipe incompleta, com condições estruturais deficientes ante as adversidades médicas no Brasil, e a situação deficiente com a saúde bucal e os melhores recursos são a possibilidade de ter uma equipe que tem os desejos de ajuda, de acompanharem antes todas essas adversidades, ter de nossa parte aceitação da população e os líderes formais e não formais da comunidade, também o apoio na secretaria quando precisamos e tem os recursos.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Com a realização do análise situacional na UBS identificamos muitos desajustes nos atendimentos, funções dos membros da equipe e funcionamento do posto de forma integral, ao não existir uma recepcionista os ACS respondiam pela recepção da unidade, ACS por dia, além de ser seu trabalho nas áreas de saúde. Na atualidade é possível perceber a mudança e a evolução da unidade de saúde, a organização efetuada depois de identificar as necessidades da unidade, envolvendo a parte comunitária, gestores e políticos para dar soluções algumas das necessidades apresentadas.

Melhoramos a UBS, organizando sua estrutura física para um melhor acolhimento dos usuários, capacitamos os profissionais que foram incorporados mais tarde com respeito ao funcionamento da unidade e suas atribuições. Hoje contamos na equipe com a odontóloga fixa na UBS, outra agente comunitária que precisávamos para uma área descoberta, foram disponibilizados pelo gestor mais exames complementares ao posto para a realização dos mesmos na população.

As lideranças das comunidades e o presidente do bairro apoiam as atividades que realizamos na UBS, mudando assim a concepção que tinham tanto

os profissionais no posto de saúde como na comunidade sobre o trabalho desenvolvido na UBS e na Atenção Primária da Saúde.

Aas dificuldades encontradas na análise situacional permitiu perceber quais aspetos poderiam ser melhorados de imediato e quais aspetos poderiam encaminhar para dar solução mais tarde (não dependeriam da ação imediata dos funcionários da UBS) e sem de das ações outras pessoas como gestores, políticos e a necessidades de recursos.

Hoje é fruto do trabalho constante pela equipe observar as melhorias na UBS, na saúde da comunidade, e a interação com o gestor municipal e os funcionários da secretária de saúde.

2 Análise Estratégica

21. Justificativa

Uma boa intervenção encaminhada para a atenção dos Hipertensos e Diabéticos na UBS no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como fator importante para proporcionar melhorias dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população adstrita, já que essas doenças crônicas são importantes fatores de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, as quais constituem as principais causas de morbimortalidade na população Brasileira (BRASIL, 2001). A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde no Brasil gerando elevado custo social. O acidente vascular cerebral (AVC), uma das principais complicações da Hipertensão e do Diabetes, se tornou a principal causa de morte no Brasil, atingindo 40% da população (BRASIL, 2006). Ao longo dos próximos 20 anos, estima-se que 25,1 milhões de pessoas, ou 8,7% da população adulta, terá diabetes. O Brasil tem o maior número de pessoas com diabetes, com 12,4 milhões, seguido pela Colômbia, Venezuela e Argentina (BRASIL, 2006).

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) COHAB, em Dom Pedrito/RS, existem 3838 usuários, pela totalidade da população, o caderno de ações programáticas, disponibilizado pelo curso, estima que o número de Hipertensos deveria ser de 858 e o número de Diabéticos deveria ser de 245, pelo índice de cobertura, atualmente, temos acompanhados pela UBS somente 391 hipertenso (46%) e 103 diabéticos (42%). Ambos indicadores da cobertura dos programas são baixos e com certeza existem mais Diabéticos e Hipertensos na comunidade. Os indicadores de qualidade dos programas, eu considero que nem todos estão bem em ambas doenças principalmente a avaliação odontológica que está em 12% para usuários hipertensos e em 50% para os usuários diabéticos.

O funcionamento da unidade COHAB, no município de Dom Pedrito/RS é de segunda à sexta feira das 8h ao meio dia e das 14h às 17h, sendo as consultas para a demanda espontânea pela manhã e nas tardes são feitas as consultas das ações programáticas e visitas domiciliares para usuários específicos, que precisam de atendimentos prioritários como doenças crônicas, idosos, deficientes, acamados, também fazemos visitas domiciliares muito frequentes para os usuários com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, pois são muitos na UBS que tem

dificuldades para o traslado ao posto de saúde, desenvolvendo ações de saúde saudável, a educação da população sobre a identificação dos riscos e a busca ativa de faltosos nas consultas agendadas. A equipe da UBS esta integrada por 01 Médica Clínico Geral, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 05 agentes comunitários de saúde e um odontólogo que vai mensalmente à UBS para esse tipo de atendimento. As condições estruturais da UBS são deficientes, é um local adaptado para UBS, condições que não impedem o funcionamento da mesma.

Algumas ações já estão sendo desenvolvidas com esta população, como a atualização dos prontuários, visitas domiciliares, realização de consultas semanais e educação em saúde. No entanto, com a intervenção pretendemos realizar busca ativa aos faltosos nas consultas e também organizar um arquivo para os registros de informações decorrentes dos atendimentos, pois não temos arquivos específicos para os registros destes atendimentos, a fim de que se torne possível a realização rotineira do planejamento, avaliação e monitoramento das respectivas ações programáticas. O atendimento dos usuários Hipertensos e Diabéticos deve ser feito dentro de uma rede de atenção a saúde, e a equipe de APS deve ter conhecimento do fluxo de encaminhamento para os outros níveis de atenção quando necessário, porém temos muitas dificuldades neste aspecto, pois não contamos com algumas especialidades no território, dificultando a atenção desta população, não existindo contra referência quando são atendidos, além disso, não temos um odontólogo em tempo integral na UBS, desde a oitava semana de intervenção. Já levamos estas situações na secretaria de saúde do município, a fim de encontrar uma solução, porém ainda não são resolvidas estas dificuldades.

Existe uma alta incidência de ambas as doenças na comunidade e múltiplos fatores de riscos na população, constituem as doenças mais freqüentes de atendimentos e de casos novos de diagnósticos na UBS, motivo pelo qual é muito importante trabalhar com esta população. Com certeza o acompanhamento destes usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS com a realização desta intervenção da população de abrangência e trabalhando de acordo com os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde proporcionaremos para a população da comunidade um bom atendimento, melhorando sua qualidade de vida e todos os indicadores da Saúde.

2.2 OBJETIVOS E METAS

2.2.1 Objetivo Geral: Melhorar a atenção aos usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS da COHAB, Dom Pedrito/ RS.

2.2.2 Objetivos Específicos

- 1- Ampliar a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS.
- 2- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos na UBS.
- 3- Melhorar a adesão de usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa na UBS.
- 4- Melhorar o registro das informações dos usuários hipertensos ou diabéticos na UBS.
- 5- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
- 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na UBS.

2.2.3 Metas

Metas referente ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

- 1.1- Cadastrar 50% dos Hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- 1.2- Cadastrar 60% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Metas referentes ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

- 2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Hipertensos cadastrados.
- 2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Diabéticos cadastrados.
- 2.3- Garantir a 100% dos Hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4- Garantir a 100% dos Diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.7- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Hipertensos.

2.8- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Diabéticos.

Metas referente ao objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa na UBS.

3.1- Buscar 100% dos Hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2- Buscar 100% dos Diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Metas referentes ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários hipertensos ou diabéticos na UBS.

4.1- Manter ficha de acompanhamento e prontuário aos 100% dos Hipertensos cadastrados na UBS.

4.2- Manter ficha de acompanhamento e prontuários ao 100% dos Diabéticos cadastrados na UBS.

Metas referentes ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas referentes ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na UBS.

6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Hipertensos

6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Diabéticos.

6.3- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Hipertensos.

6.4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Diabéticos.

6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Hipertensos.

6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Diabéticos.

6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Hipertensos.

6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Diabéticos.

2.3. Metodologia

A presente intervenção será desenvolvida no período de 12 semanas no município Dom Pedrito/ RS, na UBS COHAB. A população alvo é 858 usuários hipertensos e 245 usuários diabéticos, pertencentes a área adstrita da UBS.

2.3.1 Ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Metas

1.1 Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ações

-Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

-Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento

- A equipe vai monitorar 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de atenção à HAS e à DM da UBS. Para isso vamos avaliar todos os registros sobre os usuários cadastrados no programa de atenção a HAS e a DM, as fichas e os prontuários clínicos sobre os mesmos, designando um responsável na equipe pelo registro, neste caso será a enfermeira da equipe. A avaliação será feita no final de cada semana, e elaboraremos um resumo mensal com o levantamento

de todas as semanas, para ter a quantidade exata destes usuários. Isso será feito com o auxílio da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso

Organização e Gestão do serviço:

Ações

-Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento

-A equipe vai garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, utilizando a ficha espelho disponibilizada pelo curso que contém todas as informações necessárias a respeito do usuário e realizando o cadastro dos mesmos conjuntamente. A ficha será utilizada em consultas e visitas domiciliares.

Ação

-Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

-Vamos melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM pois todos os profissionais da UBS serão responsáveis pelo acolhimento destes usuários diariamente na UBS, as fichas espelho vão ser preenchidas nas consultas e cada usuário sairá da UBS com a próxima consulta já agendada de acordo com suas necessidades de atendimentos.

-Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (Esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento:

-vamos garantir a obtenção do material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Também vamos garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Isso será conversado com o gestor.

Engajamento público:

Ações

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Orientaremos a população sobre a existência do programa de atenção ao diabético e ao hipertenso através das consultas e visitas domiciliares, sobre a importância de medir sua pressão depois dos 18 anos, pelo menos uma vez ao ano, sobre a importância do projeto e quanto a tudo se faz no posto de saúde.

Todas as informações serão ofertadas através de palestras sobre ambas doenças, com periodicidade de 15 dias pela equipe, esclarecendo as dúvidas que tenham estes usuários e assim garantir a Educando a população sobre como evitar os fatores de riscos.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

Detalhamento:

-Na UBS temos disponibilizado o horário das reuniões da equipe, semanal e mensal, nestas reuniões, depois da mesma, capacitaremos a equipe para garantir o cadastro dos usuários, falaremos sobre acolhimento, da correta tomada da pressão, a realização do teste de glicose em adultos com pressão arterial maior que 135/80 MMHG, discutiremos sobre atenção adequada destes grupos tendo em conta os protocolos preconizados pelo ministério de saúde sobre estas doenças.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

METAS

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ações

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento:

-Será monitorada a realização do exame clínico para os hipertensos e diabéticos. Para esse monitoramento realizaremos uma revisão das fichas destes usuários semanalmente.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento

- Definiremos em reunião de equipe as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Engajamento Público:**Ações**

-Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

-Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento

-Nossa equipe orientará nas consultas e vistas domiciliares aos usuários e a comunidade com respeito a identificação dos riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Também realizaremos palestras a cada 15 dias onde serão abordados esses assuntos.

Qualificação da Prática Clínica:**Ações**

-Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado do hipertensos e diabéticos.

Detalhamento

- Na UBS temos disponibilizado o horário das reuniões da equipe, semanal e mensal, nestas reuniões, depois da mesma, capacitaremos a equipe. Sobre a realização de exame clínico apropriado.

METAS

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e Avaliação**Ações**

-Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

-Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

-Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

-Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento

-Será monitorada a realização dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo e com a periodicidade recomendada para os hipertensos e diabéticos. Para esse monitoramento realizaremos uma revisão das fichas destes usuários semanalmente.

Organização e gestão do serviço

Ações

-Garantir a solicitação dos exames complementares.

-Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

-Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento

-O tema da intervenção será apresentada ao gestor municipal, para garantir com o mesmo a agilidade da realização dos exames complementares definidos no protocolos.

-Definiremos atribuições a cada membro da equipe nos exames complementares de usuários hipertensos e diabéticos para garantir a realização de os mesmos em quanto a periodicidade destes exames complementares.

-usaremos um sistema de alerta para dar destaque aos usuários sem os exames complementares em dia

Engajamento Público

Ações

-Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

-Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento

-Nossa equipe orientará nas consultas e vistas domiciliares aos usuários e a comunidade com respeito a necessidade de realização dos exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados esses exames. Também realizaremos palestras a cada 15 dias onde serão abordados esses assuntos.

Qualificação da Prática Clínica

Ações

-Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento

- Na UBS temos disponibilizado o horário das reuniões da equipe, semanal e mensal, nestas reuniões, depois da mesma, capacitaremos a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

METAS

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ações

-Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento

-Monitoraremos o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular;/ Hiperdia através da revisão semanal das fichas espelhos dos usuários hipertensos e diabéticos. Além disso, manteremos uma lista atualizada dos medicamentos disponíveis nessas farmácias.

Organização e gestão do serviço

-Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento:

- A técnica de enfermagem manterá lista atualizada a cada 15 dias dos medicamentos disponíveis na Unidade de Saúde, incluindo a validade.

Engajamento Público

Ações

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

-Nossa equipe orientará nas consultas e vistas domiciliares aos usuários e a comunidade com respeito ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular. Também realizaremos palestras a cada 15 dias onde serão abordados esses assuntos

Qualificação da Prática Clínica

-Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

-Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

- Na UBS temos disponibilizado o horário das reuniões da equipe, semanal e mensal, nestas reuniões, depois da mesma, capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular

METAS

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ações

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

-Monitoraremos através da revisão semanal das fichas espelhos dos usuários hipertensos e diabéticos as necessidades de atendimento odontológico, a realização de consultas periódicas anuais com o dentista.

Organização e Gestão do serviço

Ações

-Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos;

-Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

- Definiremos em reunião de equipe as atribuições de cada membro da equipe na avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

- A equipe vai organizar na agenda da atenção a saúde bucal de forma que seja possível garantir atenção ao hipertenso e o diabético.

Engajamento Público

Ações

-Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento

-A equipe com apoio da comunidade vai proporcionar ações de promoção da saúde sobre a importância da atenção a saúde bucal, da avaliação da necessidade de atendimento odontológico pelo menos anual. Isso acontecerá nas reuniões quinzenais com a comunidade.

- A equipe vai solicitar aos gestores municipais a garantia do atendimento com o dentista para estes usuários hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica

Ações

-Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento

-Capacitaremos a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético, tendo em conta que já temos disponibilizado o horário disponível para a mesma.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

METAS

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ações

-Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento

-Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), através da avaliação dos registros dos usuários (prontuários clínicos, fichas espelho) que serão revisados semanalmente.

Organização e Gestão do Serviço

Ações

-Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

-Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

-Será feita mediante a organização das vistas domiciliares semanais para buscar faltosos com ajuda dos ACS, e o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, os quais serão agendados na mesma semana para sua avaliação e seguimento.

Engajamento Público:**Ações**

-Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

-Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento

-Nossa equipe informará a população, através das consultas, das vistas domiciliares e das palestras realizadas a cada 15 dias e através de os representantes das comunidades sobre a importância da realização das consultas, a periodicidade com que devem ser feitas as mesmas. Nas palestras ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão

Qualificação da Prática Clínica:**Ações**

-Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

-A equipe treinará os ACS para orientar cada hipertenso ou diabético em quanto a realização das consultas e sua periodicidade. As capacitações serão ao final das reuniões de equipe

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**METAS**

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ações

-Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento:

- Será realizado um acompanhamento e monitoramento diário da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos na UBS.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações

-Manter as informações do SIAB atualizadas.

-Implantar a ficha de acompanhamento.

-Pactuar com a equipe o registro das informações.

-Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

-Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

-A equipe vai manter as informações do SIAB atualizadas, temos já uma pessoa designada responsável pelo controle dos registros e é a enfermeira da UBS, temos um registro específico para cada usuário e estaremos em alerta quanto ao atraso das consultas de acompanhamento. Passaremos em reunião de equipe o nome e endereço dos faltosos para busca ativa das ACS.

Engajamento Público:

Ações

-Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento

-Os usuários e a comunidade serão orientados sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário durante seus atendimentos, sejam feitos nas consultas o vistas domiciliares. Também trataremos do tema nas reuniões a cada 15 dias com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações

-Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

-Nossa equipe vai ser treinada para adequado preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético na UBS, assim como levar o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas destes usuários. As capacitações serão após as reuniões de equipe

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

METAS

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e Avaliação

Ações

-Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento

-Será monitorado através dos registros de atendimentos e fichas espelho todos os usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações

-Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

-Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

-Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento

- Será priorizado o atendimento dos usuários avaliados como alto risco na UBS.

Engajamento Público:

Ações

-Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação)

Detalhamento

- A equipe orientará os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, sistemático, esclarecendo quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis orientação que vai ser feita em cada acompanhamento tanto nas consultas como nas vistas domiciliares. Também abordaremos o tema nas reuniões a cada 15 dias na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações

-Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

-Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

-Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento

-A equipe será capacitada durante os encontros nas reuniões semanais para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo, a importância desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6.Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na UBS.

Metas

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

Ações

-monitorar a realização de orientações nutricionais sobre alimentação saudável dos usuários hipertensos.

-monitorar a realização de orientações nutricionais sobre alimentação saudável dos usuários diabéticos.

Detalhamento

Será monitorada a realização de orientações nutricionais sobre alimentação saudável para os hipertensos e diabéticos. Para esse monitoramento realizaremos uma revisão das fichas destes usuários semanalmente.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações

- Definir atribuições de cada membro da equipe para a realização de orientações nutricionais sobre alimentação saudável dos usuários hipertensos.

- Definir atribuições de cada membro da equipe para a realização de orientações nutricionais sobre alimentação saudável dos usuários diabéticos.

Detalhamento

- vamos garantir pela equipe a realização nos grupos palestras sobre alimentação saudável.

- será solicitado ao gestor municipal parcerias institucional para envolver nutricionistas no projeto.

Engajamento Público:

Ações

- Orientar a comunidade sobre alimentação saudável dos usuários hipertensos.

- Orientar a comunidade sobre alimentação saudável dos usuários diabéticos.

Detalhamento

- Nossa equipe com apoio da comunidade tentará buscar parceiras dentro da mesma para reforçar a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

- A equipe vai aproveitar os espaços nas comunidades, consultas, visitas domiciliares, reuniões, grupos, qualquer espaço possível para orientar aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações

- capacitar a equipe para orientar a comunidade em relação alimentação saudável dos usuários hipertensos.

- capacitar a equipe para orientar a comunidade em relação alimentação saudável dos usuários diabéticos.

Detalhamento

- Na UBS temos disponibilizado o horário das reuniões da equipe, semanal e mensal, nestas reuniões, depois da mesma, capacitaremos a equipe para orientar a comunidade em relação alimentação saudável.

Metas

6.3.Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Hipertensos.

6.4.Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

Ações

-monitorar a realização de orientações em relação á prática regular de atividade física dos usuários hipertensos.

-monitorar a realização de orientações em relação á prática regular de atividade física dos usuários diabéticos.

Detalhamento

-- Será monitorada a realização de orientações em relação á prática regular de atividade física para os hipertensos e diabéticos. Para esse monitoramento realizaremos uma revisão das fichas destes usuários semanalmente.

Organização e Gestão do Serviço:

Ações

- Definir atribuições de cada membro da equipe para a realização de orientações em relação á prática regular de atividade física dos usuários hipertensos.

-- Definir atribuições de cada membro da equipe para a realização de orientações em relação á prática regular de atividade física dos usuários diabéticos.

Detalhamento

-vamos garantir pela equipe a realização nos grupos palestras sobre orientações em relação á prática regular de atividade física dos usuários hipertensos e diabéticos.

- será solicitado ao gestor municipal parcerias institucional para envolver educadores físicos nesta atividades.

Engajamento Público:

Ações

-Orientar a comunidade em relação á prática regular de atividade física dos usuários hipertensos.

- Orientar a comunidade em relação á prática regular de atividade física dos usuários diabéticos.

Detalhamento

-Nossa equipe com apoio da comunidade tentará buscar parceiras dentro da mesma para reforçar a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

-A equipe vai aproveitar os espaços nas comunidades, consultas, vistas domiciliares, reuniões, grupos, qualquer espaço possível para orientar aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática regular de atividade física.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações

-capacitar a equipe para orientar a comunidade em relação à prática regular de atividade física dos usuários hipertensos.

-capacitar a equipe para orientar a comunidade em relação à prática regular de atividade física dos usuários diabéticos.

Detalhamento

-Na UBS temos disponibilizado o horário das reuniões da equipe, semanal e mensal, nestas reuniões, depois da mesma, capacitaremos a equipe para orientar a comunidade em relação à prática regular de atividade física.

Metas

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

Ações

-monitorar a realização de orientações sobre riscos do tabagismo dos usuários hipertensos.

- monitorar a realização de orientações sobre riscos do tabagismo dos usuários diabéticos.

Detalhamento

- Será monitorada a realização de orientações sobre riscos do tabagismo para os hipertensos e diabéticos. Para esse monitoramento realizaremos uma revisão das fichas destes usuários semanalmente.

Organização e Gestão do serviço:

Ações

- Definir atribuições de cada membro da equipe para a realização de orientações sobre riscos do tabagismo dos usuários hipertensos.

- Definir atribuições de cada membro da equipe para a realização de orientações sobre riscos do tabagismo dos usuários diabéticos.

Detalhamento

- vamos garantir pela equipe a realização nos grupos palestras sobre orientações em relação ao riscos do tabagismo para os hipertensos e diabéticos.

- será solicitado ao gestor municipal a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Engajamento Público:

Ações

- Orientar a comunidade sobre os riscos do tabagismo dos usuários hipertensos.

- Orientar a comunidade sobre os riscos do tabagismo dos usuários diabéticos.

Detalhamento

- Nossa equipe com apoio da comunidade tentará buscar parceiras dentro da mesma para reforçar a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

- A equipe vai aproveitar os espaços nas comunidades, consultas, vistas domiciliares, reuniões, grupos, qualquer espaço possível para orientar aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância do abandono do tabagismo e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações

- capacitar a equipe para orientar a comunidade sobre os riscos do tabagismo dos usuários hipertensos.

- capacitar a equipe para orientar a comunidade sobre os riscos do tabagismo dos usuários diabéticos.

Detalhamento

Na UBS temos disponibilizado o horário das reuniões da equipe, semanal e mensal, nestas reuniões, depois da mesma, capacitaremos a equipe para orientar a comunidade sobre os riscos do tabagismo, prevenção e a existência do tratamento para o abandono.

Metas

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Diabéticos.

Monitoramento e Avaliação:

Ações

-monitorar a realização de orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

-monitorar a realização de orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Detalhamento

- Será monitorada a realização de orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Para esse monitoramento realizaremos uma revisão das fichas destes usuários semanalmente.

Organização e Gestão do serviço:

Ações

- Definir atribuições de cada membro da equipe para a organização da atenção bucal de usuários hipertensos.

- Definir atribuições de cada membro da equipe para a organização da atenção bucal de usuários diabéticos.

Detalhamento

-Vamos organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma de possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

-vamos conversar com o gestor municipal ofertas de consultas com dentista para estes atendimentos e garantir um profissional odontólogo estável, para o posto de saúde ou durante o tempo que ocorra o projeto do estudo e avaliação.

-vamos garantir pela equipe a realização nos grupos palestras sobre a orientação sobre higiene bucal.

Engajamento Público:

Ações

- orientar a comunidade em relação á realização de consultas periódicas anuais com o dentista dos usuários hipertensos.

- orientar a comunidade em relação à realização de consultas periódicas anuais com o dentista dos usuários diabéticos.

Detalhamento

- Nossa equipe com apoio da comunidade tentará buscar parceiras dentro da mesma para reforçar a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

- mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com o dentista.

- A equipe vai aproveitar os espaços nas comunidades, consultas, vistas domiciliares, reuniões, grupos, qualquer espaço possível para orientar sobre higiene bucal.

Qualificação da Prática Clínica:

Ações

- capacitar a equipe para a realização de orientações sobre higiene bucal do usuário hipertenso.

- capacitar a equipe para a realização de orientações sobre higiene bucal do usuário diabético.

- capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.

- capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal do usuário diabético.

- capacitar a equipe para orientar à comunidade em relação à realização de consultas periódicas anuais com o dentista dos usuários hipertensos.

- capacitar a equipe para orientar à comunidade em relação à realização de consultas periódicas anuais com o dentista dos usuários diabéticos.

Detalhamento

Na UBS temos disponibilizado o horário das reuniões da equipe, semanal e mensal, nestas reuniões, depois da mesma, capacitaremos a equipe para a realização de orientações sobre higiene bucal, garantir a avaliação e tratamento bucal e a realização de consultas periódicas anuais com o dentista do usuário hipertenso e diabético.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos Hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Metas 1.2: Cadastrar 60% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Hipertensos cadastrados.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Diabéticos cadastrados.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos Hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos Diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa na UBS.

Meta 3.1: Buscar 100% dos Hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos Diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários hipertensos ou diabéticos na UBS.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento e prontuário aos 100% dos Hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento e prontuários ao 100% dos Diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na UBS.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Nossa equipe da UBS COHAB para realizar a intervenção no programa de usuários hipertensos e diabéticos, vai adotar o protocolo de atendimento ao usuário hipertenso e diabético do Ministério da Saúde, 2006. A unidade básica de saúde não possui sistema informatizado. Então para poder coletar todos os dados necessários para o cálculo dos indicadores ao monitoramento da intervenção a médica e a enfermeira vão utilizar a ficha espelho disponibilizada pelo curso e que contem todas as informações necessárias, tais como: exame clínico apropriado, exames complementares em dia de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular, necessidade de atendimento odontológico, faltosos às consultas médicas, estratificação do risco cardiovascular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Semanalmente os dados das fichas espelho serão consolidados na planilha de coleta de dados disponibilizada também pelo curso. Estimamos com a intervenção cadastrar 50% dos usuários hipertensos e 60% dos usuários diabéticos.

Faremos contato com o gestor municipal para dispor da totalidade das fichas espelho necessário e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho, ao princípio não tínhamos todas as fichas espelhos, com apoio das lideranças comunitárias e o presidente comunitário fizemos a impressão de todas elas. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coletas de dados.

Na UBS estão disponibilizados todos os recursos materiais necessários para o começo da intervenção, como são os aparelhos de verificação de pressão, balanças, glicosímetros, fitas, recursos adquiridos no posto com o apoio do gestor municipal, de maneira que todo fica pronto para o desenvolvimento da intervenção.

Para organizar o registro específico do programa, a médica, a enfermeira e os demais membros da equipe localizarão os prontuários do total de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, e transcreverão todas as informações disponíveis para a ficha espelho, sendo a enfermeira a responsável dessa ação. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe de saúde da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os Protocolos de atendimentos ao usuário hipertenso e diabético para toda a equipe. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas 2 horas ao final da semana, após a reunião de equipe e a médica será responsável pela organização da mesma. Falaremos sobre acolhimento, da correta tomada da pressão, a realização do teste de glicose em adultos com pressão arterial maior que 135/80 MMHG, discutiremos sobre atenção adequada destes grupos tendo em conta os protocolos preconizados pelo ministério de saúde sobre estas doenças.

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado por todos os membros da equipe. Serão reservadas cinco (5) consultas diárias em um mesmo turno, as mesmas com prioridade no agendamento e os usuários sairão da unidade básica com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na mesma UBS e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle de fatores de risco para ambas doenças. Também realizaremos palestras no âmbito da comunidade sobre a importância de manter

uma alimentação saudável, a realização da prática de atividade física regular, abandono do tabagismo, etc. E solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários hipertensos e diabético, esclarecendo a necessidade e priorização do atendimento deste grupo populacional.

A enfermeira semanalmente examinará as fichas espelhos dos usuários hipertensos e diabéticos identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais em atraso. Os agentes comunitários de saúde farão a busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos em atraso e os mesmos ao fazer a busca ativa agendarão a consulta para um horário que seja conveniente ao usuário, aproveitando e dando a conhecer as ações que fazemos na UBS e a divulgação do projeto.

Intervenção que estará pautada com diferentes ações a desenvolver de acordo com o cronograma planejado na UBS. Ao final de cada semana as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica disponibilizada pelo curso, assim os cálculos dos indicadores ficaram certos durante toda a intervenção.

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Todas as ações previstas no projeto foram cumpridas integralmente. O trabalho na UBS foi realizado da maneira prevista, com a sistematização da ação programática, atendendo ao protocolo.

Durante todas as semanas da intervenção desenvolvemos muitas ações nos quatro eixos, os quais são: Organização e Gestão do serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento público e Qualificação da prática clínica.

Conforme o cronograma, fizemos todas as reuniões planejadas e as capacitações da equipe, muitas vezes capacitações extras, quando surgia alguma dúvida na equipe, capacitações conforme os protocolos de hipertensão e diabetes preconizado pelo Ministério da Saúde. Fizemos a distribuição de tarefas para cada membro da equipe, a capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos a consultas, o cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita, o contato com lideranças comunitárias, os registros das informações nos usuários hipertensos e diabéticos, os atendimentos clínicos destes usuários em consultas e visitas domiciliares, atendimentos dos usuários de alto risco, realização de ações de promoção de saúde, monitoramento de exame clínico, exames complementares e acessos à medicação da farmácia básica e o monitoramento da intervenção.

Fizemos todos os acompanhamentos clínicos programados para usuários diabéticos e usuários hipertensos, para as pessoas de alto risco, e a realização das visitas domiciliares para eles, as quais foram feitas com qualidade da atenção à saúde pela equipe. Realizamos um bom acolhimento, o exame clínico, indicando a medicação correta, solicitando os exames complementares, realizando seus registros e dando orientações para evitar complicações das doenças, fazendo para todos eles a estratificação do risco cardiovascular, orientações dos fatores de riscos das doenças e a identificando as necessidades de atendimentos odontológicos.

Nas visitas domiciliares encontramos famílias muitos carentes, com situações biológicas e psicossociais desfavoráveis, muitos idosos moram sozinhos, e não tem um seguimento do uso dos medicamentos, realizando uma alimentação

inadequada, sendo nosso objetivo fundamental modificar modos e estilos de vida saudável na comunidade. Os faltosos na consulta foram todos recuperados.

As visitas domiciliares foram feitas geralmente para usuários cadeirantes, deficientes motores, acamados, com dificuldades para o traslado ao posto, modalidade que gosta muito a comunidade, pois não são frequentes as visitas domiciliares feitas pela equipe toda, onde inclui a visita do médico e da enfermeira (a população da comunidade fica muito contente).

Tivemos situações positivas e negativas nestas semanas durante as visitas domiciliares, cada uma com vivências únicas. As negativas, por exemplo, realizávamos no posto de saúde todos os procedimentos adequados aos usuários hipertensos e/ou diabéticos frente uma emergência, e o encaminhamento de acordo ao protocolo das doenças, ao chegarem ao pronto socorro, os usuários nos contaram que eram questionados por outros profissionais. Isso às vezes nos desanimava e outras vezes mostravam que a equipe junta, unida e com desejo de realizar a intervenção, vencia os obstáculos encontrados; as vivências positivas mostravam que a equipe se tornava mais forte, com mais entusiasmo ante as adversidades enfrentadas.

Encontramos casos muitos comovedores, mas também casos muito lindos, e o que mais impressionou na equipe foram o bom acolhimento, e o agradecimento destes usuários em cada uma das visitas realizadas.

Durante o desenvolvimento das ações durante a intervenção tivemos algumas dificuldades e facilidades. Primeiramente não tinha no posto a totalidades das fichas espelhos, pela dificuldade para a impressão das mesmas, o presidente da comunidade da COHAB mandou fazer a impressão do resto das fichas espelhos que faltavam.

A equipe estava incompleta, não tinha a presença do odontólogo fixo na UBS, também não contávamos com a totalidade das agentes comunitárias, existindo áreas descoberta. Esse em passe foi resolvido ao final da intervenção, uma vez que já temos odontólogo na UBS (situação que melhora a saúde bucal destas pessoas e a qualidade da atenção à saúde da população na comunidade), bem com, foi contratada a outra agente comunitária que precisávamos para a área descoberta.

Para a realização dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos contávamos com pouca quantidade de exames complementares disponibilizados ao posto, somente 250 por mês, depois de demonstrar ao gestor as

necessidades de mais exames para a realização da intervenção, este aumentou a quantidades dos mesmos para a unidade.

Outras das dificuldades que tive na unidade de saúde para o desenvolvimento de minha intervenção é sua estrutura inadequada, é um local adaptado com a presença de barreiras arquitetônicas, muito pequeno, situação que deve resolver-se com a realização do projeto arquitetônico para reformar o posto de saúde da COHAB previsto para o ano de 2015. Não contamos com farmácia no posto de saúde, importante para poder ofertar medicamentos ao usuário, fundamentalmente para as pessoas que precisam de remédios de urgências, e os medicamentos para usuários hipertensos e diabéticos nas farmácias do SUS, nem sempre estão disponíveis, motivo de queixas pelos usuários. Essa foi uma das dificuldades faladas ao gestor e que fica pendente da resolução pela troca do gestor municipal. No entanto, as dificuldades encontradas e vencidas, também ajudaram ao sucesso da intervenção.

Por outro lado, também encontramos facilidades que favoreceu o sucesso da intervenção, por exemplo, toda a equipe ficava e fica imersa no desenvolvimento do projeto, unida e nas reuniões cada profissional apresentava idéias para melhorar o desempenho das ações. A população teve conhecimento desta ação programática, pela boa divulgação do projeto, onde tem a participação comunitária, das lideranças da comunidade, com apoio do presidente e a participação do gestor municipal com conhecimento também da intervenção.

Todas as ações de promoção foram feitas da melhor maneira, incorporando pessoas de todas as idades, para que as informações fossem transmitidas de gerações em gerações e não somente para usuários hipertensos e diabéticos. Também participaram muitas pessoas jovens, isso foi muito bom, pois assim as informações explicadas sobre como melhorar a saúde, modifica o estilos de vida deles, e a população vai-se educando na prevenção das doenças e como evitar fatores de risco para aparição delas.

A população fica muito contente com os atendimentos clínicos, cada dia aumentam o número de pessoas em consultas, e aceitação é muito boa por parte deles.

3. 2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas conforme ao cronograma e cada integrante da equipe é responsável por isso. O projeto foi realizado com muita responsabilidade por parte da equipe.

3. 3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

As informações foram registradas e as fichas espelhos foram preenchidas de forma correta. Durante todas as semanas, porém a coleta de dados foi realizada sem dificuldades na UBS e o preenchimento das planilhas de coleta de dados também, e quando eu tinha problemas com o preenchimento das planilhas, as dificuldades foram sanadas pela orientadora, assim os cálculos dos indicadores ficarem certo.

No preenchimento das fichas espelhos não tive nenhum problema, todas as semanas forem preenchidas sistematicamente e a coleta de dados foram adequadas, sempre que tive algum erro no preenchimento da coleta de dados, eu fui orientada por Luíla para arrumar.

3. 4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Constitui já uma rotina diária na UBS o desenvolvimento das ações programáticas, sua continuidade e sua viabilidade no posto de saúde. A saber, segue as ações que fazem parte da rotina da unidade: cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita, o contato com lideranças comunitárias, registros das informações das pessoas hipertensas e diabéticas, o preenchimento das fichas espelhos, os atendimentos clínicos destes usuários em consultas e visitas domiciliares, atendimentos das pessoas de alto risco, a realização de ações de promoção de saúde, monitoramento de exame clínico, exames complementares e acessos às medicações da farmácia básica e monitoramento da intervenção.

Nas visitas domiciliares os ACS fazem sempre a busca ativa de usuários faltosos à consulta, bem como ações de promoção da saúde.

Inicia o desafio de manter as ações como rotina do serviço na UBS e, a equipe esta motivada em alcançar as metas de cadastramento, e poder cumprir com a meta traçada no projeto.

Com a realização do projeto arquitetônico para reformar o posto de saúde da COHAB previsto realizar neste ano 2015, vamos ter melhoras das condições estruturais, onde os atendimentos clínicos serão melhores.

Eu e a equipe ficamos satisfeitas pelos resultados já alcançados. É uma conquista ter cada dia mais usuário nos atendimentos, os comentários positivos sobre o posto e o trabalho de todos juntos. Isso é fruto do trabalho pela equipe e em equipe, pela dedicação de cada profissional e pela responsabilidade nossa.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) COHAB, localizada no município Dom Pedrito/RS, existe uma totalidade estimada de 3838 habitantes, onde realizamos uma intervenção dos usuários com HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DM (diabetes mellitus), durante um acompanhamento sistemático da população, sendo seu **Objetivo Geral:** Melhorar atenção à Saúde das pessoas Hipertensas e Diabéticas.

Objetivo específico1: Ampliar a cobertura de usuários hipertensos

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos Hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Sendo o caderno de ação programática a UBS tem 858 usuários com hipertensão, no entanto consideramos na planilha de coleta de dados o valor do SIAB que são 391 pessoas com hipertensão, com a realização das 101 (25,8%) de cobertura ao usuário hipertenso. No segundo mês da intervenção depois de mais divulgação da ação programática, foram cadastrados 236 hipertensos (60,4%), um aumento considerável comparando com o primeiro mês. No terceiro mês terminamos com 356 hipertensos cadastrados (91,0%).

Em relação aos diabéticos, segundo o caderno de ações programáticas tem 245 usuários com diabetes na unidade, porém pelo SIAB tem 103 pessoas diabéticas. No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 31 diabéticos (30,1%), no segundo mês foram cadastrados 66 diabéticos (64,1%), duplicando o número de pessoas cadastradas e aumentando os indicadores de coberturas. Por fim, no terceiro mês todos os 103 diabéticos foram cadastrados, atingindo os 100%.

Os indicadores da cobertura dos programas aparentemente estão baixos e com certeza existem mais Diabéticos e Hipertensos na comunidade. Por outro lado, temos que considerar na comunidade onde atuo as pessoas são muito instáveis, pois trocam de endereço buscando melhorias nas condições de vida fora do município que não oferece empregos suficiente para a população. Além disso, a UBS fica muito perto do rio, que com as chuvas provocam muitas inundações, o que leva a saída de suas residências.

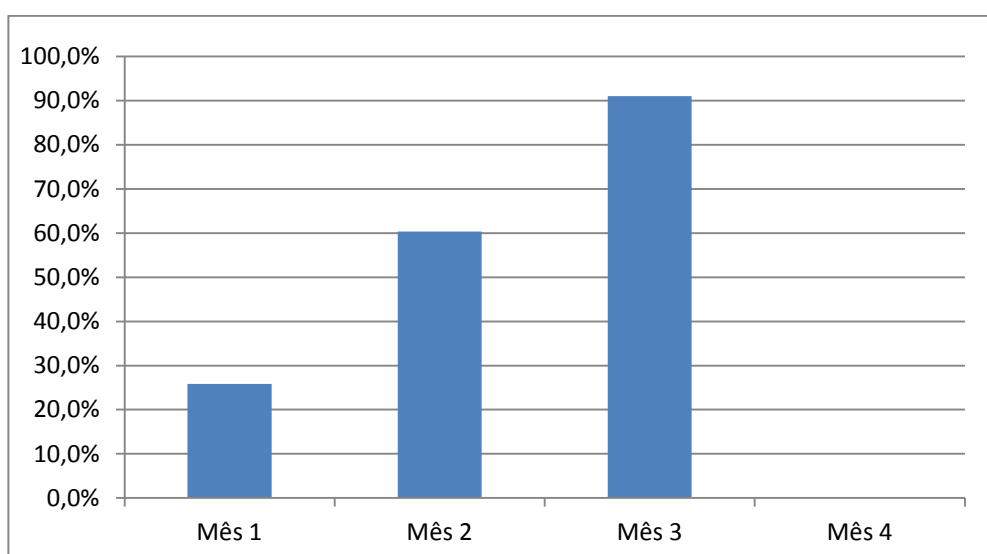


Figura1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS COHAB, Dom Pedrito/RS.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

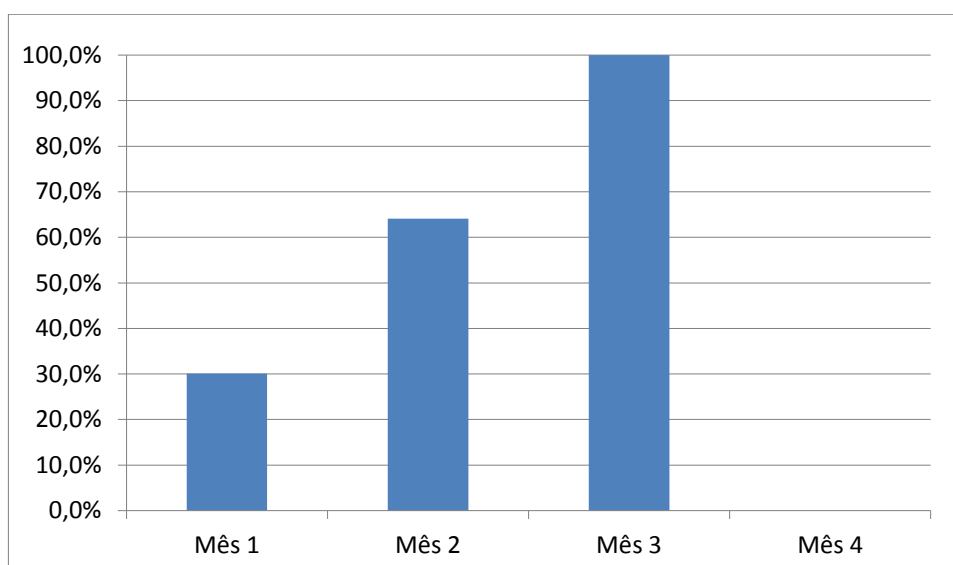


Figura2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS COHAB, Dom Pedrito/RS.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Para chegar aos resultados alcançados tivemos muitos tropeços, a equipe não tinha todos os agentes comunitários, estando assim incompleta. Tivemos que capacitar os agentes comunitários para busca ativa de usuários para aderir a intervenção. Intensificamos na divulgação da ação programática, até pelo jornal falamos sobre nossa intervenção, onde explicamos a importância da intervenção, pois, muitos usuários não acreditavam no trabalho do posto. Também tivemos períodos de muitas chuvas e temporais, dias de clima muito frio. Além disso, foi a primeira intervenção realizada na comunidade, o que significa que para a população é um acontecimento novo, porém a ação programática vai ter continuidade na UBS, acreditando que vamos conseguir o cadastro do 100 % dos usuários hipertensos na UBS.

Objetivo específico2: melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Metas 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e também em 100 % dos diabéticos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Metas 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Esta meta foi cumprida durante os três meses do desenvolvimento da intervenção, de maneira que todos os hipertensos tiveram o exame clínico apropriado durante as consultas (os 101 usuários do primeiro mês, 236 no segundo e 356 no terceiro mês). Também para todos os usuários diabéticos (os 31 do primeiro mês, 66 do segundo e os 103 do terceiro mês) a meta foi cumprida integralmente. Isso pela integração e dedicação de toda a equipe, pela realização de todas as ações conforme ao cronograma da intervenção.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Estas metas também foram cumpridas integralmente, mas tenho que dizer que no início foi um pouco difícil para a realização dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos, uma vez que contávamos com pouca quantidade de exames complementares disponibilizados ao posto, somente 250 por mês. Depois de demonstrar ao gestor as necessidades de mais exames para a realização da intervenção, este aumentou a quantidades dos mesmos, com o credenciamento do laboratório TOMASI ao SUS. Diante disso 100% dos hipertensos e diabéticos foram contemplados nos três meses de intervenção. A saber, 101 usuários hipertensos no primeiro mês, 236 no segundo e 356 no terceiro mês. Usuários diabéticos, 31 do primeiro mês, 66 do segundo e os 103 do terceiro mês.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

As metas foram cumpridas integralmente para todos os usuários cadastrados na UBS, para os quais foram indicadas as medicações da farmácia popular. Diante disso 100% dos hipertensos e diabéticos foram contemplados nos

três meses de intervenção. A saber, 101 usuários hipertensos no primeiro mês, 236 no segundo e 356 no terceiro mês. Usuários diabéticos, 31 do primeiro mês, 66 do segundo e os 103 do terceiro mês.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos na UBS.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos na UBS.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A meta foi cumprida integralmente. Os usuários foram avaliados durante todo este período, onde as ações de promoção foram um pilar importante, demonstrando quanto é vital o atendimento odontológico e avaliação bucal. A princípio não contava com odontólogo fixo na UBS, mesmo assim, conseguimos avaliar todos os usuários da intervenção. Por outro lado, a secretaria de saúde contratou um odontólogo específico para unidade, situação que melhora a saúde bucal destas pessoas e a qualidade da atenção à saúde da população na comunidade, também imersa na intervenção. Diante disso 100% dos hipertensos e diabéticos foram contemplados nos três meses de intervenção. A saber, 101 usuários hipertensos no primeiro mês, 236 no segundo e 356 no terceiro mês. Usuários diabéticos, 31 do primeiro mês, 66 do segundo e os 103 do terceiro mês.

Objetivo específico 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Metas 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante o desenvolvimento da intervenção somente quatro usuários hipertensos e quatro usuários diabéticos faltaram às consultas, os quais foram recuperados com a busca ativa nas visitas domiciliares. No primeiro mês não houve faltosos, no segundo dois hipertensos e dois diabéticos faltosos, e no terceiro mês mais dois hipertensos e dois diabéticos faltosos 100% destes receberam a busca ativa.

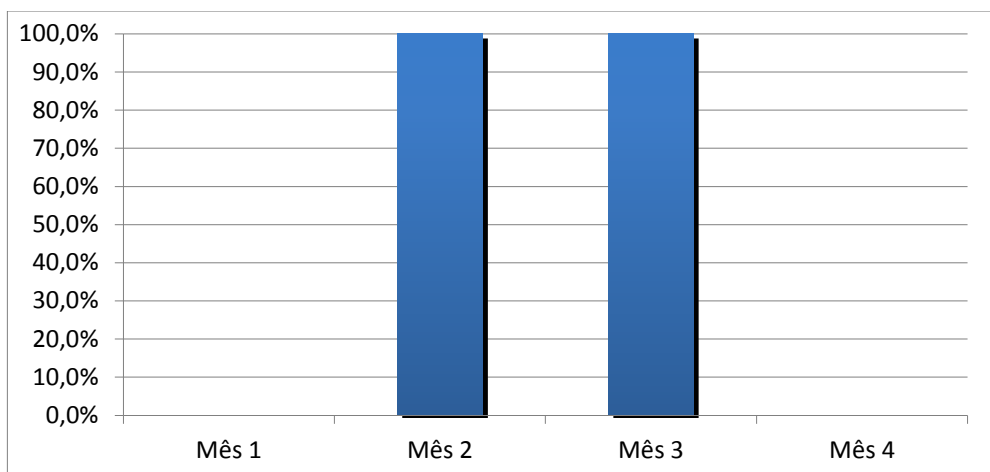


Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. UBS COHAB, Dom Pedrito/RS.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

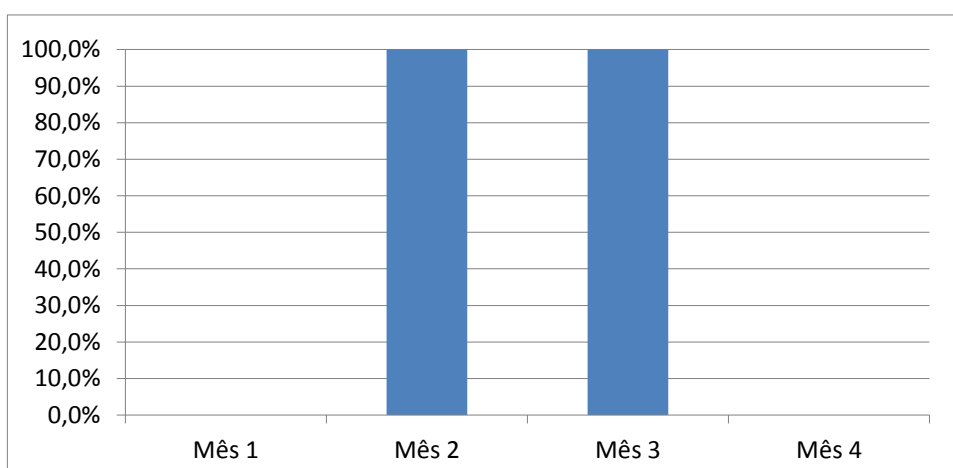


Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. UBS COHAB, Dom Pedrito/RS.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados.

Objetivo específico 4: Melhorar os registros da informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

As metas foram cumpridas integralmente, com ajuda da equipe e a sistematização do trabalho, pois todos os usuários tiveram atualizados seus prontuários e seus registros nas fichas espelho, alcançando o 100% de acompanhamento. A saber, 101 usuários hipertensos no primeiro mês, 236 no segundo e 356 no terceiro mês. Usuários diabéticos, 31 do primeiro mês, 66 do segundo e os 103 do terceiro mês.

As informações foram registradas e as fichas espelhos foram preenchidas de forma correta. Durante todas as semanas, porém a coleta de dados foi realizada sem dificuldades na UBS e o preenchimento das planilhas de coleta de dados também, e quando eu tinha problemas com o preenchimento das planilhas, as dificuldades foram sanadas pela orientadora, assim os cálculos dos indicadores ficaram certos.

Objetivo específico 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

As Metas foram cumpridas integralmente. Almejamos fazer a estratificação aos 100% dos usuários, tendo em conta os protocolos, fatores de risco, as doenças familiares, sempre fazendo orientações de modos e estilos de vidas mais saudáveis em todas as consultas e visitas domiciliares. Diante disso 100% dos hipertensos e diabéticos foram contemplados nos três meses de intervenção. A saber, 101 usuários hipertensos no primeiro mês, 236 no segundo e 356 no terceiro mês. Usuários diabéticos, 31 do primeiro mês, 66 do segundo e os 103 do terceiro mês.

Objetivo específico 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos da unidade de saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

As ações de promoção à saúde foram feitas da melhor maneira, incorporando pessoas de todas as idades, para que as informações fossem transmitidas de gerações em gerações e não somente para usuários hipertensos e diabéticos. Também participaram muitas pessoas jovens, isso foi muito bom, pois assim as informações explicadas sobre como melhorar a saúde, modifica o estilo de vida deles, e a população vai-se educando na prevenção das doenças e como evitar fatores de risco para aparição delas.

Diante disso 100% dos hipertensos e diabéticos foram contemplados nos três meses de intervenção. A saber, 101 usuários hipertensos no primeiro mês, 236 no segundo e 356 no terceiro mês. Usuários diabéticos, 31 do primeiro mês, 66 do segundo e os 103 do terceiro mês.

Esse resultado se deve as ações de promoção desenvolvidas pela equipe, no âmbito das consultas e visitas domiciliares, com a realização de palestras desenvolvidas nos grupos de hipertensos e diabéticos, no grupo de atividades realizadas pelo educador físico, com assessorias de nutricionistas que apoiam a intervenção, a psicóloga Rita, e também o esforço da equipe, todas as ações realizadas favorecerem ter alcançados ótimos resultados, fruto do trabalho em equipe e pela dedicação de todos.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde COHAB, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos na comunidade, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, exame bucal, complicações renais, lesões na

pele, lesões neurológicas, retinopatias e para a classificação de risco de ambos dos grupos (hipertensos e diabéticos).

Com respeito à importância de nossa intervenção para a equipe, posso falar que obtivemos muitos mais conhecimentos e experiência sobre as doenças Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e sobre Diabetes Mellitus, doenças crônicas sobre as quais trabalhamos durante as capacitações. A equipe conseguiu interagir com os usuários e melhorar seu acolhimento. Esta intervenção propiciou também a integração de toda a equipe, imersa todos os membros na mesma, a médica, a enfermeira, auxiliar de enfermagem, a odontóloga e os agentes comunitários, envolvidos no trabalho de forma organizada. Cada membro da equipe realizou suas atribuições correspondentes durante a intervenção, adquirindo depois das capacitações, melhorias intelectuais, culturais e maior integração social com a comunidade. As ações desenvolvidas foram pautadas nas recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico e tratamento, dando continuidade ao monitoramento permanente das pessoas portadoras dessas doenças.

Organizamos todas as ações no serviço de maneira que o processo de trabalho segue com maior tranquilidade. As atividades não foram centradas somente na médica e na enfermeira, incorporamos a participação de todos os membros da equipe. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, com melhorias nos registros, nos agendamentos das consultas e visitas domiciliares, na atenção das demandas espontâneas, priorizando os usuários com riscos, e conseguimos ofertar um atendimento com mais qualidades na atenção ao usuário hipertenso e diabético.

O impacto da intervenção na comunidade foi bom, com sucessos, visto que obtivemos resultados positivos. Os usuários hipertensos e diabéticos ficaram satisfeitos com a participação do projeto com a prioridade nos atendimentos, com a diminuição do tempo de espera na UBS, e a comunidade teve muita boa aceitação, sendo cada dia maior o número de usuários que assiste ao posto de saúde, acreditando que com os resultados já alcançados vamos ampliar ainda mais a cobertura na UBS para estes usuários hipertensos e diabéticos.

Daremos continuidade a sistematização das ações já implementadas na intervenção, formando parte da rotina do trabalho, continuaremos com o desenvolvimento de nossas ações de promoção da saúde, pilar importante para a

educação da população, com a incorporação das lideranças no apoio das atividades realizadas.

Seria de muita ajuda neste momento na UBS tivesse o sistema da internet e o computador para assim agilizar nosso processo de cadastramento e de trabalho no posto, falando ao gestor as melhorias que proporcionaria para o serviço, equipe e o desenvolvimento do trabalho.

Constitui já uma rotina diária na UBS o desenvolvimento das ações programáticas, sua continuidade e sua viabilidade no posto de saúde. A saber, segue as ações que fazem parte da rotina da unidade: cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita, o contato com lideranças comunitárias, registros das informações das pessoas hipertensas e diabéticas, o preenchimento das fichas espelhos, os atendimentos clínicos destes usuários em consultas e visitas domiciliares, atendimentos das pessoas de alto risco, a realização de ações de promoção de saúde, monitoramento de exame clínico, exames complementares e acessos às medicações da farmácia básica e monitoramento da intervenção.

Com a realização do projeto arquitetônico para reformar o posto de saúde da COHAB previsto realizar neste ano 2015, vamos ter melhoras das condições estruturais, onde os atendimentos clínicos serão melhores.

A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. Continuaremos com o cadastramento dos usuários na área que estava descoberta, e que já tem sua agente comunitária incorporada, aumentando a quantidade do cadastro destes usuários, pois ainda não foi cadastrada essa área em sua totalidade apesar do esforço das outras agentes comunitárias da equipe que ajudaram no cadastro dessa área da agente nova, a atividade favoreceu o sucesso da intervenção. Continuaremos também com os atendimentos na parte odontológica sendo a odontóloga fixa na UBS. Com a motivação de alcançar as metas de cadastramento, e poder cumprir com a meta traçada no projeto.

Tenho certeza que a intervenção vai servir de exemplo para novos investimentos em outras ações programáticas, como é atenção ao pré-natal e ao puerpério, à prevenção do câncer de mamas e do colo uterino, dentre outras. Isso se deve ao fato de o novo gestor apoiar as ações desenvolvidas na atenção básica da saúde, favorecendo ao sucesso na saúde comunitária do município.

5 Relatório da intervenção para gestores

Na Unidade Básica de Saúde COHAB, realizamos uma intervenção para os usuários com HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DM (diabetes mellitus), durante um acompanhamento sistemático da população, com o objetivo de melhorar a atenção à Saúde das pessoas com Hipertensão e Diabetes.

Considerando o caderno de ação programática a UBS tem 858 usuários com hipertensão, no entanto tomamos como base a planilha de coleta de dados e os dados do SIAB que constam 391 pessoas com hipertensão, e em relação aos diabéticos, segundo o caderno de ações programáticas tem 245 usuários na unidade, porém pelo SIAB tem 103 pessoas diabéticas. O impacto da intervenção foi bom, com sucessos, visto que obtivemos resultados positivos. Os usuários hipertensos e diabéticos ficaram satisfeitos com a participação do projeto com a prioridade nos atendimentos, com a diminuição do tempo de espera na UBS, e a comunidade teve muita boa aceitação, sendo cada dia maior o número de usuários que assiste ao posto de saúde, acreditando que com os resultados já alcançados vamos ampliar ainda mais a cobertura na UBS para estes usuários hipertensos e diabéticos.

Propiciou também a integração de toda a equipe, imersa todos os membros na mesma, envolvidos no trabalho de forma organizada, adquirindo depois das capacitações, melhorias intelectuais, culturais e maior integração social com a comunidade. As ações desenvolvidas foram pautadas nas recomendações do ministério da saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico e tratamento, dando continuidade ao monitoramento permanente das pessoas portadoras dessas doenças.

Com a realização desta intervenção logramos uma maior padronização e organização dos atendimentos aos usuários implantando um atendimento qualificado sobre estas doenças prevenindo aparição de complicações maiores que repercutiriam de maneira negativa nos usuários portadores delas.

Na UBS a totalidade estimada é de 391 pessoas com hipertensão, com a realização da intervenção no primeiro mês, foram cadastrados 101 usuário hipertenso (25,8% de cobertura). No segundo mês da intervenção depois de mais divulgação da ação programática, foram cadastrados 236 hipertensos (60,4% de cobertura), um aumento considerável comparando com o primeiro mês. No terceiro mês terminamos com 356 hipertensos cadastrados (91,0% de cobertura).

Em relação aos diabéticos, na unidade tem 103 pessoas diabéticas. No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 31 diabéticos (30,1% de coberturas), no segundo mês foram cadastrados 66 diabéticos (64,1% de cobertura), duplicando o número de pessoas cadastradas e aumentando os indicadores de coberturas. Por fim, no terceiro mês todos os 103 diabéticos foram cadastrados, atingindo os 100%. Assim como 100% dos indicadores de qualidade.

Durante o acompanhamento dos usuários de forma individual conseguimos realizar ações nos quatro eixos, os quais são: Organização e Gestão do serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento público e Qualificação da prática clínica, todas pautadas no cronograma do projeto, fizemos todas as reuniões planejadas e as capacitações da equipe conforme os protocolos de hipertensão e diabetes preconizado pelo ministério da saúde. Fizemos a distribuição de tarefas para todos os membros da equipe, a capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos a consultas, o cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita, o contato com lideranças comunitárias, os registros das informações nos usuários hipertensos e diabéticos, os atendimentos clínicos destes usuários em consultas e visitas domiciliares, atendimentos dos usuários de alto risco, realização de ações de promoção de saúde, monitoramento de exame clínico, exames complementares e acessos às medicação das farmácias básica e o monitoramento da intervenção. Todos eles receberam orientações para modificar modo e estilos de vidas mais saudável, proporcionando, além disso, um maior engajamento da comunidade no serviço, principalmente com a realização das ações de promoção à saúde, incorporando pessoas de todas as idades, para que as informações fossem transmitidas de gerações em gerações e não somente para usuários hipertensos e diabéticos, facilitando a educação da população na prevenção destas doenças e como evitar fatores de risco para aparição delas.

Durante o desenvolvimento das ações na intervenção tivemos algumas dificuldades. Primeiramente não tinha no posto a totalidade das fichas espelhos, pela dificuldade para a impressão das mesmas, o presidente da comunidade da COHAB mandou fazer a impressão do resto das fichas espelhos que faltavam.

A equipe estava incompleta, não tinha a presença do odontólogo fixo na UBS, também não contávamos com a totalidade das agentes comunitárias, existindo áreas descobertas.

Para a realização dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos contávamos com pouca quantidade de exames disponibilizados ao posto, somente 250 por mês.

Além disso, a estrutura inadequada da UBS, local adaptado com a presença de barreiras arquitetônicas é muito pequeno e não contamos com farmácia no posto de saúde, importante para poder ofertar medicamentos ao usuário, fundamentalmente para as pessoas que precisam de remédios de urgências, e os medicamentos para usuários hipertensos e diabéticos nas farmácias do SUS, nem sempre estão disponíveis, motivo de queixas pelos usuários.

Por todo isto foram de vital importância à participação da gestão municipal, disponibilizando parte da documentação, como são as fichas espelhos e maior quantidade de exames complementares ao posto, recursos como materiais e instrumentos que precisávamos, os protocolos do ministério de saúde, o recurso humano que estava faltando como a odontóloga e a outra agente comunitária para área descoberta, aspectos fundamentais que propiciaram os resultados positivos alcançados da intervenção.

A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos, ainda são necessárias algumas melhorias importantes como é a realização do projeto arquitetônico para reformar o posto de saúde da COHAB previsto realizar neste ano 2015, onde vamos ter melhoras das condições estruturais, e os atendimentos clínicos serão melhores, com mais qualidades.

A intervenção vai servir de exemplo para novos investimentos em outras ações programáticas, como é atenção ao pré-natal e ao puerpério, à prevenção do câncer de mamas e do colo uterino, dentre outras. Isso se deve ao fato de o novo gestor apoiar as ações desenvolvidas na atenção básica da saúde, favorecendo o sucesso na saúde comunitária do município.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Na UBS da COHAB desenvolvemos um projeto de intervenção na atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, propiciando benefícios para a população da comunidade, especialmente para os usuários hipertensos e diabéticos da UBS.

A equipe conseguiu interagir com os usuários e melhorar seu acolhimento, propiciando também a integração de toda a equipe, imersa todos os membros na mesma, a médica, a enfermeira, auxiliar de enfermagem, a odontóloga e os agentes comunitários, envolvidos no trabalho de forma organizada. Cada membro da equipe realizou suas atribuições correspondentes durante a intervenção, adquirindo depois das capacitações, melhorias intelectuais, culturais e maior integração social com a comunidade.

Organizamos todas as ações no serviço de maneira que o processo de trabalho segue com maior tranquilidade. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, com melhorias nos registros, nos agendamentos das consultas e visitas domiciliares, na atenção das demandas espontâneas, priorizando os usuários com riscos, e conseguimos ofertar um atendimento com mais qualidades na atenção ao usuário hipertenso e diabético.

O impacto da intervenção na comunidade foi bom, com sucessos, visto que obtivemos resultados positivos. Os usuários hipertensos e diabéticos ficaram satisfeitos com a participação do projeto com a prioridade nos atendimentos, com a diminuição do tempo de espera na UBS, e a comunidade teve muita boa aceitação, sendo cada dia maior o número de usuários que assiste ao posto de saúde.

Daremos continuidade a sistematização das ações já implementadas na intervenção, formando parte da rotina do trabalho, continuaremos com o desenvolvimento de nossas ações de promoção da saúde, pilar importante para a educação da população, com a incorporação das lideranças no apoio das atividades realizadas.

Constitui já uma rotina diária na UBS o desenvolvimento das ações programáticas, sua continuidade e sua viabilidade no posto de saúde. A saber, segue as ações que fazem parte da rotina da unidade: cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita, o contato com lideranças comunitárias, registros das informações das pessoas hipertensas e diabéticas, o

preenchimento das fichas espelhos, os atendimentos clínicos destes usuários em consultas e visitas domiciliares, atendimentos das pessoas de alto risco, a realização de ações de promoção de saúde, monitoramento de exame clínico, exames complementares e acessos às medicações da farmácia básica e monitoramento da intervenção.

A ação de promoção à saúde desenvolvida pela equipe dentro da comunidade no âmbito das consultas e visitas domiciliaria, com a realização de palestras desenvolvidas nos grupos de hipertensos e diabéticos, no grupo de atividades realizadas pelo professor educação física, com assessorias de nutricionistas que apoiam a intervenção, a psicóloga, e também o esforço da equipe, todas as ações realizadas favorecerem ter alcançados ótimos resultados, fruto do trabalho em equipe e pela dedicação de todos.

Também a participação de muitas pessoas jovens na comunidade nas ações de promoção. Isso foi muito bom, pois assim as informações explicadas sobre como melhorar a saúde, modifica o estilos de vida deles, e a população comunitária vai-se educando na prevenção das doenças e como evitar fatores de risco para aparição delas.

Pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos na comunidade. Continuaremos com o cadastramento dos usuários na área que estava descoberta, e que já tem sua agente comunitária incorporada. Continuaremos também com os atendimentos na parte odontológica sendo a odontóloga fixa Na UBS. Com a motivação de alcançar as metas de cadastramento, e poder cumprir com a meta traçada no projeto.

A intervenção realizada na comunidade vai servir de exemplo para novos investimentos em outras ações programáticas, como é atenção ao pré-natal e ao puerpério, à prevenção do câncer de mamas e do colo uterino, dentre outras.

Por isso a importância de poder contar a equipe com apoio das lideranças comunitárias, com apoio do presidente da comunidade, que sejam eles nossos defensores frente das dificuldades, que ajudem a divulgação das ações efetuadas na UBS, pois com a unidade da equipe, da comunidade e suas lideranças, o papel do gestor, e a colaboração de todos ofertarão um atendimento ótimo e com qualidades da saúde na comunidade, modificando modos e estilos de vidas mais saudável.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O processo pessoal de aprendizagem para mim no curso de especialização é uma experiência única, interessante, científica de aquisição e renovação dos conhecimentos e de melhoria na parte educativa.

O início para mim foi muito difícil. Como todo processo novo, desenvolvendo-se em um país diferente ao meu de origem, onde se fala em outra língua, apresentando muitas dúvidas em relação de como poderia realizar o projeto de intervenção com modalidade à distancia, por meio virtual. Com dificuldades na parte informatizada, mas com a ajuda de minha equipe, as orientações e materiais disponibilizados pelo curso, e apoio de minha orientadora, logo seguir em frente a realizar meu projeto de intervenção.

Primeiramente logo interagi com a população da comunidade, e adquirir um bom vínculo com a equipe conseguindo que a população e também nossa equipe tivesse uma visão diferente sobre o trabalho da estratégia de saúde das famílias, a forma de acolhimento na UBS, o papel que desempenha cada um dos membros integrados pela equipe na UBS, a necessidade de escutar e realizar um bom interrogatório do usuário, um exame físico completo, realização dos exames complementares quando precisaram, realizando assim um possível diagnóstico e ofertando um tratamento correto para cada usuário atendido na unidade básica de saúde.

Durante o curso e a realização da análise da situação de saúde (ASS) na comunidade, eu pude conhecer a verdade e realidade da população onde trabalho, as condições de vida, o modo e estilo de vida que leva a comunidade, as crenças, as religiões, o nível cultural predominante, as situações socioeconômicas e as necessidades quanto à saúde.

Desta maneira hoje existe uma nova e renovada visão de como trabalhar na estratégia de saúde da família, levando um bom atendimento com qualidade, levando em conta os princípios do SUS.

Durante esta modalidade à distancia, cada unidade terminada incorporava uma aprendizagem nova, interagiam e se misturavam culturas de países diferentes, experiências entre profissionais de outros países, existiam retroalimentação ao intercambiar o tratamento com protocolos diferenciados para cada país, sendo o único objetivo a melhoria da saúde da comunidade com o aporte de nosso conhecimento na área médica, ofertando orientações de promoção e prevenção nas

esferas biológica, psicológica e social, evitando fatores de risco (FR), a maioria previsíveis e doenças que provocam danos negativos nos usuários, modificando assim modos e estilos de vidas saudáveis e a educação na população comunitária.

As atividades do curso como a participação dos fóruns de saúde coletiva e da clínica, propiciaram aportes e conhecimentos científicos, amizades, alianças e interações com outros colegas, intercâmbios de experiências, critérios médicos no desenvolvimento de casos complicados e os seguimentos adequados deles. Os casos interativos realizados mostravam a maneira de atuar frente a situações específicas na área clínica, a necessidades do seguimento adequado dos protocolos disponibilizados pelo ministério de saúde no Brasil frente às doenças, muitas nunca vistas no País onde moramos.

Também como ser humano o curso fortaleceu nosso aprendizado, ser médica estrangeira no Brasil (cubana), significa o enfrentamento de muitas adversidades, situação que constitui um obstáculo no desenvolvimento na área médica e social. Além disso, pela pressão assistencial e a disponibilidade do tempo às vezes provocavam situações muito estressantes, deixar família, fundamentalmente filhos, porém hoje o curso também reafirma nossa valentia e nossa parte sensitiva, demonstrando que para ser um bom profissional da saúde, gostar da profissão e de ajudar o ser humano é um requisito primordial.

De forma geral, as leituras, os materiais, os questionários, os livros, os casos clínicos, os fóruns, o diálogo com nossos orientadores, o envio das tarefas em dia, etc., a parte organizativa do curso de semana em semana constitui uma forma de melhorar até a parte da gramática no português.

Desta forma, o processo pessoal de aprendizagem para mim no curso de especialização mostrou-se ótimo e enriquecedor de conhecimentos científicos.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica:** Diabetes mellitus. 1. ed. n. 16. Brasília: Ministério da saúde, 2006. 64p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica:** Hipertensão arterial sistêmica. 1. ed. n. 15. Brasília: Ministério da saúde, 2006. 58p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica:** A Demanda Espontânea, n.28. Volume II. Brasília-DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno 7.** Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus-DM. **PROTOCOLO.** Brasília -2001.

Anexos

Anexo A - Planilha de coleta de dados

[illegible]

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Exibição Protegido] - Microsoft Excel

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Modo de Exibição Protegido Este arquivo foi originado de um local da Internet e pode não ser seguro. Clique para obter mais detalhes. [Habilitar Edição](#)

C4

	A	B	C	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês												
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Todos os medicamentos são da lista da Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1											
5		2											
6		3											
7		4											
8		5											
9		6											
10		7											
11		8											
12		9											
13		10											
14		11											
15		12											
16		13											
17		14											
18		15											
19		16											
20		17											
21		18											
22		19											
23		20											
24		21											

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Anexo B - Ficha espelho

[illegible][illegible]

Anexo C - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL